T.C.
SİVAS CUMHURİYET ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
HALK SAĞLIĞI ANABİLİM DALI

# BİRİNCİ BASAMAK SAĞLIK ÇALIŞANLARININ YAŞLI İHMAL VE İSTİSMARIYLA İLGİLİ BİLGİ, TUTUM VE DAVRANIŞLARI

**DR. Elif Nur DUMAN**

**UZMANLIK TEZİ**

**Olarak Hazırlanmıştır**

**SİVAS**

**2025**

T.C.
SİVAS CUMHURİYET ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
HALK SAĞLIĞI ANABİLİM DALI

# BİRİNCİ BASAMAK SAĞLIK ÇALIŞANLARININ YAŞLI İHMAL VE İSTİSMARIYLA İLGİLİ BİLGİ, TUTUM VE DAVRANIŞLARI

DR. ELİF NUR DUMAN
UZMANLIK TEZİ
Olarak Hazırlanmıştır

DOÇ. DR. İREM AKOVA
DANIŞMAN ÖĞRETİM ÜYESİ

SİVAS
2025

Bu tez Cumhuriyet Üniversitesi Senatosu'nun 10/02/2010 tarih ve 2010 / 1-2 sayılı kararı ile kabul edilerek yürürlüğe giren Tıpta Uzmanlık Tez Yazım Yönergesine göre hazırlanmıştır.

## TEŞEKKÜR

Tez hazırlama sürecim ve uzmanlık eğitimim boyunca güler yüzlü ve içten yaklaşımıyla bana her konuda rehberlik eden, bilgisi ve deneyimiyle yolumu aydınlatan, hiçbir konuda desteğini esirgemeyen tez danışmanım ve saygıdeğer hocam Doç. Dr. İrem AKOVA'ya,

Uzmanlık eğitimime katkıda bulunan ve deneyimleriyle yol gösteren saygıdeğer hocalarım Prof. Dr. Ergün Haldun SÜMER ve Prof. Dr. Naim NUR'a,

Uzmanlık eğitimim süresince birlikte çalıştığım asistan arkadaşlarım ve tüm çalışma arkadaşlarıma,

Hayatımın her anında yanımda olan, beni koşulsuz bir sevgi ve güvenle büyüten, bütün zorlukları beraber aştığım, bugünlere gelmem de gösterdikleri sevgiyi ve emeklerini asla ödeyemeyeceğim canım annem Nevin DUMAN ve canım babam Kenan DUMAN' a

Gözümü açtığım günden beri yanımda olup beni koruyup kollayan, sevgisini ve desteğini her zaman hissettiğim, bazen en iyi arkadaşım bazen ikinci annem olan canım ablam Nilüfer AKÇAY'a

Varlığıyla bana güç veren doğduğu günden itibaren derin bir sevgiyle bağlandığım, gülüşünün hiç solmamasını ve saf kalbinin asla değişmemesini dilediğim, en değerlim canım yeğenim Alaz Burak AKÇAY'a

En içten teşekkürlerimi sunarım.

# ÖZET

## BİRİNCİ BASAMAK SAĞLIK ÇALIŞANLARININ YAŞLI İHMAL VE İSTİSMARIYLA İLGİLİ BİLGİ, TUTUM VE DAVRANIŞLARI

**Dr. Elif Nur DUMAN**

**Uzmanlık Tezi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı**

**Danışman: Doç. Dr. İrem AKOVA**

**Sivas, 2025**

Bu araştırma Sivas il merkezinde görev yapan birinci basamak sağlık çalışanlarının yaşlı ihmal ve istismarıyla (Yİİ) ilgili bilgi, tutum ve davranışlarını incelemek amacıyla yapıldı. Çalışma, il merkezindeki 29 aile sağlığı merkezinde (ASM) çalışan 228 hekim ve diğer sağlık personeliyle 15.03.2024-15.01.2025 tarihleri arasında yürütüldü. Çalışma verilerini elde etmek için dört bölüm ve toplam 40 sorudan oluşan anket formu kullanıldı. Anket formu, literatür taranarak araştırmacılar tarafından oluşturuldu. Verilerin değerlendirilmesinde aritmetik ortalama, standart sapma, frekans ve yüzde gibi tanımlayıcı ölçütler ve sayımla elde edilmiş verilerin analizinde Ki- kare ve Fisher Exact testi kullanıldı. Yanılma düzeyi 0,05 olarak alındı. Katılımcıların yaş ortalamaları 39,9 ± 9,6 yıldı, %68'i kadın, %83,8'i evli, %45,6'sı hekimdi ve %68,4'ünün meslekte geçirdiği süre 10 yıldan fazlaydı. Çalışmaya katılan sağlık çalışanlarının %58,3'ü son 12 ay içinde Yİİ ile ilgili herhangi bir bulgu fark etmediğini, %75,9'u Yİİ hakkında herhangi bir eğitim almadığını ancak %79,4'ü bu konuda eğitimin gerekli olduğunu düşündüğünü belirtti. Katılımcıların %87,3'ü Yİİ kavramı hakkında bilgi sahibiydi ancak %75,0'ı Yİİ ile ilgili güncel bilgileri takip etmiyordu. Sağlık çalışanlarının bildikleri Yİİ türleri sırasıyla; psikolojik istismar (%71,9), fiziksel istismar (%69,7), ekonomik istismar (%68,0), ihmal (%67,5), cinsel istismar (%38,5) şeklindeydi. Katılımcıların %84,6'sının Yİİ tarama testiyle ilgili bilgisi veya fikri yoktu, %63,2'si Yİİ vakalarını bildirmede yasal zorunluluklarının olduğunu düşündü ancak %88,6'sı Yİİ hakkındaki yasal düzenlemelere ilişkin bilgi sahibi değildi. En çok düşünülen Yİİ risk faktörü %92,7 ile "*yalnız yaşama*", en az

düşünülen risk faktörü ise %34,2 ile "*ekonomik düzeyin yüksek olması*" idi. Katılımcılar Yİİ vakalarını tespit etmede (%75,0) ve bildirmede (%78,5) kendilerini yeterli hissetmemekteydi. Sağlık çalışanlarının Yİİ ile ilgili gördükleri en şüpheli durum %85,1 ile "*benzer yaralanmalar için sık sık sağlık kuruluşuna gelme*", en az şüpheli gördükleri durum ise %54,4 ile "*tıbbi yardımların olmaması ya da düzenli kullanılmaması*" idi. Katılımcıların %90,4'ünün Yaşlı İstismar Şüphe İndeksi'ni (EASI) kullanmadıkları tespit edildi. Çalıştığı ASM'ye başvuran günlük hasta sayısı ($p = 0,010$) ve günlük 65 yaş ve üzeri hasta sayısı ($p = 0,032$) az olanların Yİİ'yi fark etme durumları daha düşüktü. Mesleki deneyimi 10 yıldan fazla olanlar geriatrik yaş grubu için Yİİ'nin önemli bir problem olduğunu ($p=0,028$) ve Yİİ vakalarını bildirmede yasal zorunlulukları olduğunu ($p=0,027$) daha fazla düşünmekteydi ve Yİİ tarama testi hakkında daha fazla bilgi sahibiydi ($p=0,003$). 40 yaş üstü sağlık çalışanları kentsel bölgelerde Yİİ vakalarının daha fazla olduğunu (0,005) ve Yİİ vakalarını bildirmede yasal zorunlulukları olduğunu ($p=0,043$) daha fazla bildirdi. ASM'ye başvuran günlük hasta sayısı fazla olan sağlık çalışanları Yİİ tespit etmede kendini daha fazla yeterli görmekteydi ($p=0,049$). Sonuç olarak, çalışmamıza katılan sağlık çalışanlarının Yİİ ile ilgili tarama, tespit ve bildirim konularında bilgi düzeylerinin ve farkındalıklarının düşük olduğu gözlendi. Mesleki deneyimi daha fazla olan ve günlük hasta sayısı daha fazla olan sağlık çalışanlarının ise Yİİ bilgi ve farkındalığının daha yüksek olduğu saptandı. Yaşlı nüfusun artması ve sağlık sorunlarını tespit edip çözüm üreten ve insanların en çok takip ve taramalarının yapıldığı birinci basamak sağlık kurumlarında bu konuya ayrıca önem verilmesi gerektiği düşünülmektedir. Bu yüzden mesleğe yeni başlamış aile hekimi (AH) ve aile sağlığı çalışanları (ASÇ) başta olmak üzere sağlık çalışanlarının Yİİ bilgi ve farkındalık düzeylerini artırmak için hizmet içi eğitimlerin düzenlenmesi ve konuyla ilgili güncel bilgilendirmelerin belli aralıklarla devamlı bir şekilde yapılması önerilir. ASM'lerde, Yİİ'ye yönelik tarama ve değerlendirme formlarının düzenli bir şekilde uygulanması sağlanabilir.

**Anahtar Kelimeler:** Yaşlı ihmali, Yaşlı istismarı, Birinci basamak sağlık hizmeti, Sağlık Personeli

## ABSTRACT

### KNOWLEDGE, ATTİTUDES, AND PRACTİCES OF PRİMARY HEALTHCARE WORKERS REGARDİNG ELDER ABUSE AND NEGLECT

**Dr. Elif Nur Duman**

**Dissertation, Department of Public Health**

**Advisor: Doç. Dr. İrem AKOVA**

**Sivas, 2025**

This study was conducted to examine the knowledge, attitudes, and behaviors of primary healthcare workers working in the central district of Sivas province regarding elder abuse and neglect (EAN). The study was carried out between March 15, 2024, and January 15, 2025, with 228 physicians and other healthcare personnel working in 29 family health centers (FHCs) in the city center. A questionnaire consisting of four sections and a total of 40 questions, prepared by the researchers based on a literature review, was used to collect the data. Descriptive statistics such as arithmetic mean, standard deviation, frequency, and percentage were used for data analysis, and the Chi-square and Fisher's Exact tests were used for the analysis of categorical data. The significance level was set at 0.05. The average age of participants was $39.9 \pm 9.6$ years; 68% were female, 83.8% were married, 45.6% were physicians, and 68.4% had more than 10 years of professional experience. Among the participants, 58.3% stated that they had not detected any signs of EAN in the past 12 months, 75.9% had not received any training on EAN, but 79.4% believed that training on this issue was necessary. While 87.3% of the participants were aware of the concept of EAN, 75.0% did not follow current information on the topic. The most commonly known types of EAN among healthcare workers were psychological abuse (71.9%), physical abuse (69.7%), economic abuse (68.0%), neglect (67.5%), and sexual abuse (38.5%), respectively. A large portion of participants (84.6%) had no knowledge or opinion about EAN screening tests, 63.2% believed there was a legal obligation to report EAN cases, but 88.6% were unaware of the relevant legal regulations. The most commonly perceived

risk factor for EAN was “living alone” (92.7%), while the least perceived was “high economic status” (34.2%). Participants felt inadequate in detecting (75.0%) and reporting (78.5%) EAN cases. The most suspicious indicator of EAN observed by healthcare workers was "frequent visits to health institutions for similar injuries" (85.1%), while the least suspicious indicator was "lack of or irregular use of medical aids" (54.4%). It was found that 90.4% of the participants did not use the Elder Abuse Suspicion Index (EASI). Healthcare workers in FHCs with lower daily patient numbers ($p = 0.010$) and fewer elderly patients aged 65 and over ($p = 0.032$) were less likely to detect EAN. Those with more than 10 years of professional experience were more likely to consider EAN as a significant issue for the geriatric population ($p = 0.028$), to believe there was a legal obligation to report EAN cases ($p = 0.027$), and to be more knowledgeable about EAN screening tests ($p = 0.003$). Healthcare workers aged over 40 were more likely to report that EAN cases were more common in urban areas ($p = 0.005$) and that there was a legal obligation to report such cases ($p = 0.043$). Workers with higher daily patient numbers felt more competent in detecting EAN ($p = 0.049$). In conclusion, the study revealed that healthcare workers participating in this research had low levels of knowledge and awareness regarding the screening, detection, and reporting of EAN. However, those with greater professional experience and higher daily patient numbers were found to have higher levels of knowledge and awareness. Given the increasing elderly population and the role of primary healthcare institutions in identifying and addressing health issues, greater emphasis should be placed on this subject in these settings. Therefore, it is recommended that in-service training programs and regular updates be provided to improve the knowledge and awareness levels of healthcare workers—especially newly appointed family physicians (FPs) and family health staff (FHS)—regarding EAN. Regular implementation of screening and assessment forms for EAN in FHCs may also be ensured. In addition, consistent implementation of screening and evaluation forms for EAN in family health centers is advised.

**Keywords:** Elder Neglect, Elder Abuse, Primary health care, Health personnel

# İÇİNDEKİLER

**TEŞEKKÜR** ..... **iv**

**ÖZET** ..... **v**

**ABSTRACT** ..... **vii**

**İÇİNDEKİLER** ..... **ix**

**SİMGELER VE KISALTMALAR** ..... **xiii**

**TABLOLAR DİZİNİ** ..... **xiv**

**ŞEKİLLER DİZİNİ** ..... **xvi**

**1.GİRİŞ VE AMAÇ** ..... **1**

**2.GENEL BİLGİLER** ..... **3**

2.1. Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinin Gelişimi ..... 3

2.2. Yaşlanma Kavramı ve Süreci ..... 5

2.3. Yaşlılığın Tanımı ..... 5

2.4. Yaşlılığın Sınıflandırılması ..... 6

2.4.1.Takvim Yaşına Göre Yaşlılık ..... 6

2.4.2.Fizyolojik Yaş-Yaşlılık ..... 6

2.4.3.Biyolojik Yaş-Yaşlılık ..... 6

2.4.4.Sosyal Yaş-Yaşlılık ..... 6

2.4.5.Ekonomik Yaş-Yaşlılık ..... 6

2.4.6.Psikolojik Yaş-Yaşlılık ..... 7

2.4.7.Toplumsal Yaş-Yaşlılık ..... 7

2.5. Yaşlılık Epidemiyolojisi ..... 7

2.6. Yaşlılığın Değerlendirilmesinde Kullanılabilecek Ölçütler ..... 8

2.7. Yaşam beklentisi ve Yaşlı Nüfus Projeksiyonu ..... 9

2.7.1.Dünya Genelinde Yaşam Beklentisi ve Yaşlı Nüfus Artışı ..... 9

2.7.2.Türkiye'de Yaşam Beklentisi ve Yaşlı Nüfus Artışı ..... 10
2.8. Yaşlılık Dönemindeki Fiziksel, Bilişsel, Psikolojik ve Sosyal Özellikler ..... **11**
2.8.1.Sosyal Yaşlanma ..... 11
2.8.2.Psikolojik ve Bilişsel Yaşlanma ..... 11
2.8.3.Fizyolojik Yaşlanma ..... 12
2.9. Yaşlılıkta görülen sağlık sorunları ..... **13**
2.9.1.Sağlık problemleri ..... 13
2.9.2.Yaşlılık Dönemindeki Sosyal, Ekonomik ve Barınma Problemleri ..... 14
2.9.3.Yaşlılığa Uyum Sorunları ..... 14
2.10. Yaşlı İhmal ve İstismarı ..... **14**
2.10.1.Yaşlı İhmal ve İstismarının Tanımı ..... 14
2.10.2.Yaşlıya Yönelik Kötü Muamele Türleri ..... 15
2.11. Yaşlı İhmal ve İstismar Türleri ..... **16**
2.11.1.Fiziksel İstismar ..... 16
2.11.2.Psikolojik/Duygusal İstismar ..... 16
2.11.3.Cinsel İstismar ..... 16
2.11.4.Ekonomik İstismar ..... 17
2.11.5.Yaşlı İhmali ..... 17
2.12. Yaşlı İhmal ve İstismar Tarihçesi ve Epidemiyolojisi ..... **17**
2.13. Yaşlı İhmal ve İstismarının Risk Faktörleri ..... **19**
2.13.1.Yaşlı Bireye Ait Özellikler ..... 19
2.13.2.İstismarcıya Ait Özellikler ..... 19
2.13.3.Sosyal ve Kültürel Özellikler ..... 19
2.14. Yaşlı İhmal ve İstismarının Nedenleri ..... **20**
2.15. Yaşlı İhmal ve İstismarının Belirti ve Bulguları ..... **22**
2.16. Yaşlı İhmal ve İstismarını Tarama ve Değerlendirme ..... **24**

2.17. Yaşlı İstismarını Tespit Etmeye Yönelik Tarama Testleri ..... **26**
2.17.1. Yaşlılar İçin Kısa İstismar Tarama Testi (Brief Abuse Screen for the Elderly-BASE) ..... 26
2.17.2. Bakım Veren İstismar Tarama Testi (Caregiver Abuse Screen-CASE) .. 26
2.17.3. Yaşlı İstismarı Şüphe İndeksi (Elder Abuse Suspicion Index) ..... 26
2.17.4. Hwalek-Sengstock Yaşlı İstismarı Tarama Testi (HS-EAST) ..... 26
2.18. Yaşlı İhmal ve İstismarını Saptamadaki Zorluklar ..... **27**
2.18.1. Kişisel Engeller ..... 27
2.18.2. Bilgi ve Kaynaklara Ulaşmada Yetersizlik ..... 27
2.18.3. Sağlık Çalışanları ve Kurumsal Engeller ..... 27
2.19. Yaşlı Bireylerde İstismar ve İhmali Önleme Uygulamaları ..... **28**
2.19.1. Birincil Koruma ..... 28
2.19.2. İkincil Koruma: ..... 28
2.19.3. Üçüncül Koruma ..... 29
2.20. Dünyada ve Türkiye'de Yaşlı İhmal ve İstismarına Yönelik Destek Hizmetleri ..... **29**
2.20.1. Yaşlı İstismarı Konusunda Toplum Duyarlılığının Arttırılması ..... 30
2.20.2. Yaşlı Sağlığı Alanında Çalışan Profesyonellerin, Yaşlı İstismarı Konusunda Mezuniyet Öncesi ve Sonrasında Eğitilmesi ..... 30
2.20.3. İstismara Uğrayan Ya Da Şiddet Gören Yaşlılara Yönelik Sağlık Hizmetlerinin Oluşturulması ..... 30
2.21. Yaşlı İhmal ve İstismarına İlişkin Türk Ceza Kanunu Hükümleri ..... **31**
**3. GEREÇ VE YÖNTEM ..... 33**
3. 1. Araştırmanın Tipi ..... **33**
3. 2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman ..... **33**
3. 3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi ..... **33**
3. 4. Veri Toplama Araçları ..... **33**

3.4.1.Yaşlı İstismarı Şüphe İndeksi (EASI) ©..... 34
3. 5. Araştırmanın Değişkenleri ..... **34**
3. 6. Veri Toplama Aracının Uygulanması ..... **34**
3. 7. Verilerin Değerlendirilmesi..... **35**
3. 8. Araştırmanın Etik Yönü ve Kurum İzni ..... **35**
**4. BULGULAR..... 36**
**5. TARTIŞMA ..... 63**
**6. SONUÇ VE ÖNERİLER..... 79**
**KAYNAKLAR ..... 82**
**EKLER..... 94**

## SİMGELER VE KISALTMALAR

| | |
|---|---|
| **ABD** | : Amerika Birleşik Devletleri |
| **AH** | : Aile Hekimi |
| **ASÇ** | : Aile Sağlığı Çalışanı |
| **ASM** | : Aile Sağlığı Merkezi |
| **BM** | : Birleşmiş Milletler |
| **DSÖ** | : Dünya Sağlık Örgütü |
| **Maks** | : Maksimum |
| **Min** | : Minimum |
| **Ort** | : Ortalama |
| **TCK** | : Türk Ceza Kanunu |
| **TDK** | : Türk Dil Kurumu |
| **TSH** | : Temel Sağlık Hizmetleri |
| **TÜİK** | : Türkiye İstatistik Kurumu |
| **SPSS** | : Statistical Package for the Social Science |
| **Ss** | : Standart Sapma |
| **WHO** | : World Health Organization |
| **Yİİ** | : Yaşlı ihmal ve istismarı |

## TABLOLAR DİZİNİ

**Tablo 2.6 1.**Yaşlılığın Değerlendirilmesinde Kullanılabilecek Ölçütler.....8

**Tablo 2.9.1.1** Yaşlılıkta Sık Görülen Sağlık Problemleri.....13

**Tablo 2.14.1** Yaşlı İhmal ve İstismarının Nedenleri.....21

**Tablo 2.16.1** Yaşlı İhmal ve İstismarında Öykü Alma.....25

**Tablo 4. 1.**Katılımcıların Sosyodemografik Özelliklerine Göre Dağılımı ..... 37

**Tablo 4. 2.**Katılımcıların Yaşlı İhmal ve İstismarıyla Karşılaşma ve Konuyla İlgili Eğitim Alma Durumlarına Göre Dağılımı ..... 39

**Tablo 4. 3.**Katılımcıların Yaşlı İhmal ve İstismarıyla İlgili Bilgi Düzeylerinin Dağılımları ..... 41

**Tablo 4. 4.**Katılımcıların yaşlı istismar risk faktörleri hakkındaki görüşlerinin dağılımı ..... 42

**Tablo 4. 5.**Katılımcıların Yaşlı İhmal ve İstismarına Karşı Tutum ve Davranışlarının Dağılımı ..... 43

**Tablo 4. 6.**Katılımcıların Yaşlı İhmal ve İstismarından Şüphelendikleri Durumların Dağılımı ..... 44

**Tablo 4. 7.**Katılımcıların Yaşlı İstismarı Şüphe İndeksini Kullanma Sıklığının Dağılımı ..... 45

**Tablo 4. 8.** Katılımcıların Yaşlı İhmal ve İstismarıyla Karşılaşırlarsa İzleyecekleri Yol ..... 46

**Tablo 4. 9.**Katılımcıların Yaşlı İhmal ve İstismarına Karşı Tutum ve Davranışlarının Dağılımı ..... 47

**Tablo 4. 10.**Katılımcıların Yaşlı İhmal ve İstismarı Hakkında Bildirimde Bulunmama Nedenleri ..... 48

**Tablo 4. 11.**Yaşlı İhmal ve İstismarını Engellemeye Yönelik Öneriler ..... 48

**Tablo 4. 12.**Katılımcıların Sosyodemografik Özellikleriyle ASM'ye Başvuran 65 Yaş ve Üzeri Hastalarda İhmal ve İstismar Bulgusunu Fark Etme Durumu..... 49

**Tablo 4. 13.**Katılımcıların Sosyodemografik Özelliklerinin Yaşlı İhmal ve İstismarı Eğitiminin Gerekliliği Hakkındaki Görüşlerine Göre Dağılımı..... 50

**Tablo 4. 14**.Katılımcıların Sosyodemografik Özelliklerinin Yaşlı İhmal ve İstismarını Daha Önce Duyma Durumlarına Göre Dağılımı ..... 51

**Tablo 4. 15.**Katılımcıların Sosyodemografik Özelliklerinin Yaşlı İhmal ve İstismarı Hakkında Güncel Bilgi Takip Etme Durumlarına Göre Dağılımı..... 52
**Tablo 4. 16.**Katılımcıların Sosyodemografik Özelliklerinin Sağlık Çalışanlarının Yaşlı İhmal ve İstismarını Fark Edebilmesi Hakkındaki Görüşlerine Göre Dağılımı ..... 53
**Tablo 4. 17.**Katılımcıların Sosyodemografik Özelliklerinin Geriatrik Yaş Grubu İçin Yaşlı İhmal ve İstismarının Önemliliği Hakkındaki Görüşlerine Göre Dağılımı ..... 54
**Tablo 4. 18.**Katılımcıların Sosyodemografik Özelliklerinin Yaşlı İhmal ve İstismarının Kentsel-Kırsal Görünme Oranları Hakkındaki Görüşlerine Göre Dağılımı ..... 55
**Tablo 4. 19.**Katılımcıların Sosyodemografik Özelliklerinin Yaşlı İhmal ve İstismarının Türkiye'deki Önemi Hakkındaki Görüşlerine Göre Dağılımı ..... 56
**Tablo 4. 20.**Katılımcıların Sosyodemografik Özelliklerinin Yaşlı İhmal ve İstismarı Tarama Testi Varlığını Bilme Durumlarına Göre Dağılımı..... 57
**Tablo 4. 21.**Katılımcıların Sosyodemografik Özelliklerinin Yaşlı İhmal ve İstismarı Bildiriminde Yasal Zorunluluk Hakkındaki Görüşlerine Göre Dağılımı..... 58
**Tablo 4. 22.**Katılımcıların Sosyodemografik Özelliklerinin Yaşlı İhmal ve İstismarına Yönelik Yasal Düzenlemelerle İlgili Bilgi Sahibi Olma Durumlarına Göre Dağılımı ..... 59
**Tablo 4. 23.**Katılımcıların Sosyodemografik Özelliklerinin İstismara Uğramış Yaşlı Hastaları Tespit Etmede Kendini Yeterli Hissetme Durumlarına Göre Dağılımı ..... 60
**Tablo 4. 24.**Katılımcıların Sosyodemografik Özelliklerinin İstismara Uğramış Yaşlı Hastaları Bildirmede Kendini Yeterli Hissetme Durumlarına Göre Dağılımı ..... 61
**Tablo 4. 25.**Katılımcıların Sosyodemografik Özelliklerinin Yaşlı İstismarı Şüphe İndeksi (EASI) © Kullanım Sıklığına Göre Dağılımı..... 62

# ŞEKİLLER DİZİNİ

**Şekil.2.7.1 1.**Yıllara Göre Dünyadaki Ortalama Yaşam Süresi ..... 9
**Şekil.2.7.1 2**.Dünyadaki Yaşlı Nüfus Popülasyonu ..... 10
**Şekil 2.7.2.1** Türkiye'de Yaşlı Nüfus Oranı.....11

# 1. GİRİŞ VE AMAÇ

Son yıllarda dünyada meydana gelen gelişim ve değişimler doğurganlık hızının azalmasına, tıp ve diğer bilim alanlarındaki ilerlemelerle beraber sağlık hizmetlerine ulaşımın artmasına, erken tanı ve tedaviyle hastalıkların önlenmesine ve ortalama yaşam süresinin uzamasına yani yaşlı nüfusun artmasına yol açmıştır (1–4). Birleşmiş Milletler, Dünya Nüfus Beklentileri Raporu'na göre; ortalama yaşam süresinin dünyada 2010 yılında 69.1 yılken 2050'de 75,5 yıla yükselmesi beklenmektedir. Türkiye'de ise 2010 yılında ortalama yaşam süresi 74.6 iken 2050'de 78.5 yıla ulaşması beklenmektedir (5). Küresel olarak meydana gelen bu nüfus yapısı değişikliği Türkiye'yi de etkilemiştir. Türkiye İstatistik Kurumunun (TÜİK) son beş senedeki verilerine göre yaşlı nüfustaki artış oranının %22.6 olduğu görülmüştür (6,7). Dünyada ise yaşlı nüfusun 2050 yılında iki milyarı bulması beklenmektedir (8).

Yaşlı kelimesinin Türk Dil Kurumuna (TDK) göre sözlük anlamı "*yaşı ilerlemiş, uzun yılları geride bırakmış*" şeklindedir (9). Diğer yandan yaşlılık tam bir tanımı olmamakla beraber kişiyi fizyolojik, psikolojik, ekonomik, biyolojik, sosyolojik yönden etkileyen ve bazı yönlerden meleke kayıplarına yol açan fizyolojik bir süreçtir (10). Dünya Sağlık Örgütü'nün (DSÖ) tanımına göre yaşlılık; çevresel koşullara uyum sağlama yetisinin kaybolması veya azalmasıdır (11). Ayrıca DSÖ yaşlılığı üç evreye ayırmaktadır. 65-75 yaş arası genç yaşlılık, 75- 84 yaş arası ileri yaşlılık, 85 yaş üstü çok ileri yaşlılık (12).

" *Gereken ilgiyi göstermeme, önem vermeme; boşlama, savsaklama, savsama*" anlamındaki ihmal ve "*birinin iyi niyetini kullanma*" anlamındaki istismar kavramı yaşlılar için önlenebilir bir halk sağlığı sorunudur (13,14). Uluslararası Yaşlı İstismarının Önlenmesi Kuruluşu ve DSÖ Toronto Deklarasyonu'na göre yaşlı istismarı "*Güven beklentisi olan herhangi bir ilişkide yaşlıya zarar veren veya strese sokan tek ya da tekrarlayan uygunsuz davranışlarda bulunulmasıdır*" şeklinde tanımlanır (15). Yaşlılar için istismar kavramı 1970'li yıllarda Amerika Birleşik Devletleri (ABD) ve İngiltere'de ortaya çıkmış ve aile içi şiddet olarak değerlendirilmiştir. Daha sonra ABD'de yayınlanan yaşlı istismar raporuyla "*hırpalanmış yaşlı kadın*" ismiyle literatüre girmiştir (16). Fiziksel, ekonomik, cinsel,

duygusal /psikolojik ve yaş ayrımcılığı olmak üzere birçok istismar çeşidi bulunmaktadır (17).

Yaşlılar ihmal ve istismara aile içinde uğrayabildikleri gibi bakım gördükleri yerde de karşılaşabilirler (18). Yaşlı istismarı kişinin kendisi, ailesi ya da bakım vereni tarafından genellikle gizlenme eğilimindedir ve çok azı yetkili mercilere bildirilmektedir. Dünyadaki yaşlı istismar olaylarının sadece %4'ü bildirilirken kişinin kendi beyanına bağlı yaşlı istismar prevalansı %15,7'dir. Türkiye'de ise iki farklı ilde yapılan çalışmalarda yaşlı istismar prevalansı %14,2 ve %19,5 şeklinde bulunmuştur (19).

Yaşlı istismarı ve ihmali (Yİİ), erken tespit edilip önlenebilen bir halk sağlığı sorunudur. Zamanında müdahale, rehabilitasyon ve tedavi seçenekleriyle hastalık veya ölüm gibi istenmeyen sonuçların önüne geçilmesini sağlayabilir. Tüm bu aşamalarda sağlık çalışanları başta olmak üzere birinci basamakta görev yapan hekim ve diğer sağlık personeli çok önemli bir rol oynarlar (20). Sağlık çalışanları istismara uğramış yaşlıyla temasa ilk geçen gruptur. Bu yüzden sağlık çalışanları Yİİ belirtilerini fark etme yeteneğine sahip olmalıdırlar. Dünyada gittikçe artan ihmal ve istismar olayları hakkında yeterli bilgiye sahip olmak poliklinik ortamında istismar tanısı koymayı kolaylaştırır (21,22).

Birçok kronik hastalığa sahip istismara uğramış yaşlı hastalar daha çok birinci basamak sağlık hizmetlerini tercih etmektedirler. Bu yüzden birinci basamak sağlık çalışanları yaşlı istismarını fark etme, önleme ve yetkililere bildirme konusunda kilit bir rol oynarlar. Ancak istismarın tanınması için yeterli eğitim almamaları nedeniyle istismarı fark etme düzeylerinin düşük olduğu görülmüştür. Yapılan bazı çalışmalar sağlık çalışanlarının Yİİ konusunda yeterli bilgi ve farkındalık düzeyine sahip olmadığını ortaya çıkarmıştır. Bununla beraber Türkiye'de bu konuyla ilgili yapılan çalışmalar sınırlıdır (14,23).

Çalışmamızın amacı Sivas il merkezinde yer alan aile sağlığı merkezlerinde çalışan sağlık personelinin istismar hakkındaki bilgi, tutum ve davranış düzeylerinin ölçülmesidir.

# 2. GENEL BİLGİLER

## 2.1. Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinin Gelişimi

DSÖ'nün 61 devlet tarafından kabul edilen ve 1948 yılında yürürlüğe giren sağlık tanımı "*yalnızca sakatlığın ve hastalığın olmayışı değil, ruhsal, fiziksel, ve sosyal olarak tam bir iyilik hali*" şeklindedir (24). Günümüzde yaşlı nüfusun artması, yaşam süresinin uzaması, bulaşıcı ve bulaşıcı olmayan hastalıkların sıklıklarının artması gibi sağlığı etkileyen birçok faktör bulunduğundan sağlık hizmetlerine olan ihtiyaç artmaktadır. Sağlık hizmetlerine artan talep ve beklentiler sonucunda ülkeler yeni sistemler kurup uygulamaktadır (25,26). Bütün bunların neticesinde DSÖ, 1970'li yıllarda bölgeler arası sağlık seviyelerinde büyük eşitsizlikler olduğunu fark edip gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerin toplumlarını da memnun edecek bir dizi karar almıştır (27). DSÖ'nün aldığı kararlar arasından ilk olarak 1997 senesinde "*2000 yılında herkese sağlık*" hedefi kabul edilmiştir. 2000 yılına kadar toplumun her kesiminin yeterli bir sağlık seviyesine ulaşması amaçlanmıştır. Bu kararların peşinden birçok ülke, uluslararası kurum ve kuruluş 1978 senesinde Alma-Ata'da yapılan Temel Sağlık Hizmetleri (TSH) konferansında toplanmıştır (28). 2008 yılında yapılan Alma-Ata Konferansı'nda, 1978'de belirlenen hedeflere tam olarak ulaşılamadığı fark edilmiş ve bu durum TSH'nin daha da önem kazanmasına neden olmuştur (29).

Sağlık sisteminin temelde iki amacı vardır. İlki toplumdaki sağlık düzeyini arttırmak, hastalıkların kontrolünü sağlamak ve nedenlerini bulmaktır. İkincisi ise bireylerin sağlık açısından eşitsizliklerini ortadan kaldırmak ve insanların sağlık hizmetine erişimini kolaylaştırmaktır. Sağlık hizmetleri bu amaçları gerçekleştirmek için üç gruba ayrılmıştır: Birinci, ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetleri (30).

TSH, başka bir deyişle birinci basamak sağlık hizmetleri, toplumun ilk başvurduğu ve gerektiğinde ikinci veya üçüncü basamak sağlık kuruluşlarına yönlendirildiği sağlık hizmetlerini kapsar (28). Hastayla karşılaşılan ilk yer olması, bütüncül ve kapsayıcı bir temele sahip olması, kişiyle hem sağlıklıyken hem de hasta olduğunda iletişim halinde olması, sağlık hizmetine herkesin eşit olarak ulaşabilmesi birinci basamak sağlık hizmetlerinin en önemli özelliklerindendir (31–33).

Birinci basamak sağlık hizmetlerinin Türkiye'deki ilk ortaya çıkışı 1961 tarihli 224 sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi kanunuyla olmuştur. Daha sonra 1963 senesinde "*sağlık ocağı*" yapısının uygulanması Türkiye'deki temel sağlık hizmetlerinin temelini oluşturmuştur (34). 2005 yılında aile hekimliği uygulaması Düzce'de pilot olarak uygulanmaya başlamıştır. 2010 senesindeyse aile hekimliği uygulaması tüm ülkede uygulamaya geçmiştir (35). Aile hekimliği pilot uygulaması kanun ve yönetmeliğinin çıkması aile hekimliği (AH), aile sağlığı çalışanı (ASÇ), aile sağlığı merkezi (ASM) ve aile hekimliği birimi (AHB) gibi tanımları da ortaya çıkarmıştır (36–38).

Aile hekimlerinin görevi bu kanun ve yönetmeliğe göre bireye yönelik koruyucu sağlık hizmetleriyle tanı, tedavi ve rehabilitasyon hizmetlerini hastalık, yaş, cinsiyet ayrımı yapmadan, her bireye kapsamlı ve sürekli olarak belirli bir yerde veren çalışan şeklindedir. Yine bu kanun ve yönetmelikte en az bir tane aile sağlığı çalışanı ve aile hekiminden oluşan yapı da aile hekimliği birimi şeklinde geçer. ASM, AH ve ASÇ'lerin birinci basamak sağlık hizmeti verdiği sağlık kurumu olarak tanımlanmaktadır (37,38). ASM'lerde aile hekimlerinin yanı sıra yardımcı sağlık personeli de bulunmaktadır. "*aile sağlığı çalışanı*" olarak tanımlanan personeller hemşire, sağlık memuru ve ebelerdir (36).

Dünyada ise aynı şekilde birinci basamak sağlık hizmetlerinin temelini aile hekimliği sistemi oluşturmaktadır. Aile hekimliği kavramına yönelik ilk tanımlamalar 1923 senesinde İngiliz bir hekim olan Francis Peabody tarafından yapılmıştır. Francis Peabody "*modern tıbbın sağlık hizmeti sunumunu çok fazla dallandırdığını ve hızla, kapsamlı ve kişisel hizmet verecek genel pratisyenlik sistemine dönülmesi gerektiği*" düşüncesini savunmuştur. Birinci basamak sağlık hizmetlerine olan azalmış ilgi ve uzmanlığın popülerliği 1950'li yıllara kadar devam etmiştir (30,39,40). İngiltere'de aile hekimliği uygulamalarının başlangıcı 1947 yılına kadar dayanmıştır (39, 41).

ABD'de ise ilk olarak 1960'lı yıllarda tanımlanan aile hekimliği 1966 yılında yeni bir uzmanlık dalı olarak tanımlanmıştır (42). Daha sonra 2000 yılı itibariyle aile hekimi sayısı oldukça artmış, günümüzde ise hastayla en çok karşılaşan branşlardan biri haline gelmiştir (39). Avrupa'daki aile hekimliği durumu 1974 yılında yapılan

"*Avrupa Aile Hekimleri Eğitimi*" toplantısından sonra 1978'deki Alma-Ata konferansıyla iyice önem kazanmıştır (43).

### 2.2. Yaşlanma Kavramı ve Süreci

"*Yaşlılık*", "*yaşlanma*'', "*ihtiyarlık*" kavramları geriatri ve gerontoloji alanlarında çok sık kullanılan ve birbiriyle karıştırılan kavramlardır. Cansız varlıklar için zamanla meydana gelen değişimler genellikle "eskime" veya "yıpranma" olarak adlandırılırken, canlı organizmalar için bu süreç "yaşlanma" terimiyle ifade edilir. Bunun nedeni, canlılarda yaşlanmanın yalnızca yıpranma ve bozulmayı değil, aynı zamanda onarım ve yeniden yapım mekanizmalarını da içermesidir (44). Yaşlanma, yaşın ilerlemesine bağlı olarak vücuttaki hücre, doku, organ ve sistemlerde biyolojik açıdan geri dönüşsüz işlevsel ve yapısal değişikliklere denir. Yaşlanma; kişiyi sosyal, fizyolojik, ekonomik ve psikolojik yönden etkileyen ve gerileten doğal bir süreçtir. Bu sürecin gelişiminde yaşam tarzı, genetik ve çevresel faktörler, hastalıklar gibi birçok faktör etkilidir (45,46). Dolayısıyla, yaşlanma süreci, anne karnında başlayan ve ölümle sonuçlanan kaçınılmaz bir süreçtir (47).

### 2.3. Yaşlılığın Tanımı

Yaşlı ve yaşlılık kavramları ise sözlük anlamı olarak "*yaşı ilerlemiş, kocamış*", "*yaşlı olma, artmış yaşın etkilerini gösterme hali*" şeklinde tanımlanmaktadır (48–50). DSÖ'nün tanımlamasına göreyse yaşlılık kavramı "*özürlülüklerin artması ve başkalarına daha fazla bağımlı olma, çevreye uyum yeteneğinin azalması*'' şeklindedir (51,52). Yaşlılık kavramının tanımı birey için yapılır ve kronolojik yaşa uygun olarak tanımlanır (47). Bilim insanları ve DSÖ tarafından kabul edilen sınıflamaya göre yaşlılık bilimsel anlamda farklı kategorilere ayrılmaktadır. Bu sınıflama, bireylerin takvim yaşına dayalı olarak değerlendirilmesini içerir (53,54).

## 2.4. Yaşlılığın Sınıflandırılması

### 2.4.1. Takvim Yaşına Göre Yaşlılık

Genellikle 64 yaşın tamamlanması ve 65 yaşın başlamasıyla tanımlanır. Yaşlılık süreci ise üç farklı evreye ayrılır (53):

**A**-Erken Yaşlılık Evresi (65-74 yaş)

**B**-Orta Yaşlılık Evresi (75-84 yaş)

**C**-İleri Yaşlılık Evresi (85 yaş ve üzeri)

### 2.4.2. Fizyolojik Yaş-Yaşlılık

Vücuttaki fizyolojik yetersizliğin beklenen yaşlardan daha erken ortaya çıkması hayata bakışı ve hayatla olan iletişimi etkilemektedir. Bu yüzden psikolojik destek almak gereklidir (53).

### 2.4.3. Biyolojik Yaş-Yaşlılık

Hücrelerdeki yaşlanma anne karnında başlamaktadır. İlk olarak yaşlanmaya başlayan hücrelerde lens hücreleridir. Yaşam tarzımız hücrelerin yaşlanma hızını etkilemektedir (53).

### 2.4.4. Sosyal Yaş-Yaşlılık

Kişinin kendiyle ilgili kararı toplumdaki diğer bireyler "*çok yaşlanmışsın ya da yaşını göstermiyorsun*" şeklinde vermektedir (53).

### 2.4.5. Ekonomik Yaş-Yaşlılık

Ekonomik yaşlılık, emeklilikle başlayan bir dönemdir ve bu dönem, bireylerin hayatında önemli bir değişim sürecini ifade eder. Emeklilik yaşı, ülkelerin sosyal ve ekonomik yapısına bağlı olarak farklılık göstermektedir. Bu süreçte bireylerin, "*Sen ne zaman emekli oluyorsun?*" veya "*Daha emekli olmadın mı?*" gibi sorular karşısında nasıl bir ruh hali içinde olduğu oldukça önemlidir. Ayrıca, mesleki çalışmaların ardından bireylerin "*hobi*" olarak adlandırılan çeşitli uğraşlara yönelmesi, terapi etkisi yaratmakta ve bireylerin bu yeni dönemi daha verimli geçirmesine katkı sağlamaktadır. Böylece, ekonomik yaşlılık sadece bir çalışma hayatının sonlanması değil, aynı zamanda yeni bir yaşam biçimine geçiş sürecidir (53).

### 2.4.6. Psikolojik Yaş-Yaşlılık

Psikolojik yaşlılık, bireylerin geçmişe aşırı bağlılık göstermesi, anılara takılıp kalması ve geçmişi bırakamaması durumunu ifade eder. Geleceğe karşı duyulan güvensizlik, bu süreçte korku, kaygı ve üzüntü gibi olumsuz duyguları tetikleyerek bireyde psikolojik yıpranma meydana getirebilir. Bu tür duygusal zorluklarla baş edebilmek için bireylerin uzman desteği alması büyük önem taşır. Profesyonel yardım, bireyin hem geçmişle dengeli bir ilişki kurmasına hem de geleceğe daha umutlu ve güvenli bir şekilde yönelmesine destek sağlayabilir (53).

### 2.4.7. Toplumsal Yaş-Yaşlılık

Toplumsal yaşlılık, bireylerin toplumdaki rolleri, iş yaşamı ve sosyal ilişkilerinde zamanla güç ve becerilerinin azalmasıyla kendini gösterir. Bu durum, bireylerde içe kapanma, çevreden uzaklaşma ve yalnızlık hissi gibi sorunlara neden olabilir. Bu süreci daha sağlıklı bir şekilde yönetebilmek için bireylerin sosyal ve duygusal destek alması önemlidir. Bu tür destekler, bireyin toplumsal ilişkilerini yeniden güçlendirmesine ve kendini daha huzurlu hissetmesine katkı sağlar (53).

## 2.5. Yaşlılık Epidemiyolojisi

Nüfusa ait özellikler ve nüfus, bireyden bağımsız oluşsa da bireylerin yaşamlarını etkileyen faktörlerdir (55). Yirminci yüzyıldan itibaren temel sağlık hizmetlerinin gelişmesi, insanların sağlıkları konusunda bilinçlenmesi, beslenme sorunlarının çözülmesi, bulaşıcı hastalıkların kontrolünün sağlanması, hastalıkların erken tanı ve tedavilerinin uygulanması ve verilen sağlık hizmetlerinin kalitesinin artması sonucunda doğurganlık ve mortalite hızları düşmekte, beklenen yaşam süresi artmakta buna bağlı yaşlı nüfus oranı yükselmektedir (56,57). Genç veya yaşlı nüfus tanımı, toplam nüfus içindeki yaşlı nüfus oranına göre yapılmaktadır. Bir toplumdaki 65 yaş ve üzeri nüfusun toplam nüfustaki payı "*%4'den az ise genç toplum*", "*%4-7 arası ise olgun toplum*", "*%7-10 arası yaşlı toplum*", "*%10 ve üzeri ise çok yaşlı toplum*" olarak değerlendirilmektedir (46). ABD nüfus yapısına göre "*yaşlı toplum*", Avrupa ülkeleri "*çok yaşlı toplum*" olarak nitelendirilmektedir (58). Yaşlılık indeksi, demografik yaş dağılımı hakkında fikir veren ölçütlerden biridir. Her 0-14 yaş arası nüfus grubuna

göre 60 yaş ve üzeri nüfusu göstermektedir. Türkiye'de 2010 senesinde yaşlılık indeksi 26.8 olarak hesaplanmıştır (59).

## 2.6. Yaşlılığın Değerlendirilmesinde Kullanılabilecek Ölçütler

Yaşlılığın değerlendirilmesinde epidemiyoloji ölçütler Tablo 2.6.1.'de verilmiştir (46).

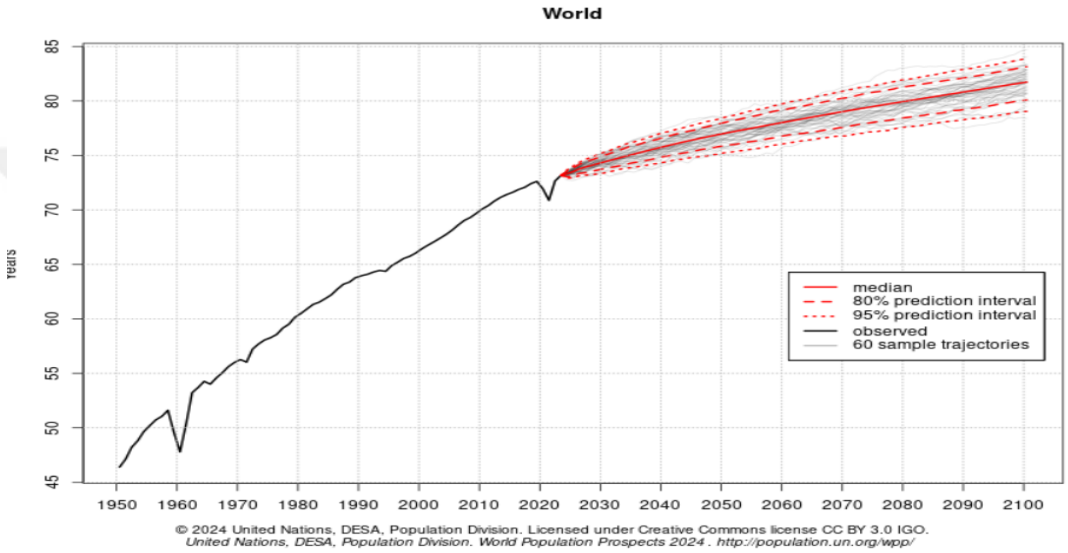
**Tablo 2.6 1.** Yaşlılığın Değerlendirilmesinde Kullanılabilecek Ölçütler

| **Demografik Özellikler** | **Mortaliteyle İlişkili Ölçütler** | **Morbiditeyle İlişkili Ölçütler** |
|---|---|---|
| Doğumda beklenen yaşam süresi | 65 yaş ve üzeri nüfusun ölüm hızı- Kaba ölüm hızı | 65 yaş ve üstü nüfusun kronik yeti yitimi prevalansı |
| 45 yaş ve üstünde beklenen yaşam süresi | Tüm ölümler içindeki 65 yaş ve üzeri nüfusun ölüm payı | 65 yaş ve üstü nüfustaki belirli rahatsızlıkların prevalansı |
| 65 yaş ve üstünde beklenen yaşam süresi | 65 yaş ve üzeri nüfusun ölüm nedenleri | |
| 65 yaş ve üstündeki nüfusun tüm nüfus içerisindeki payı | | |
| 85 yaş ve üstündeki nüfusun tüm nüfus içerisindeki payı | | |
| Nüfusun ortalama ve ortanca yaşı | | |
| Yaşlı nüfus için bağımlı nüfus oranı | | |
| Yaşlılık indeksi | | |
| Yaşlı nüfusu destekleme oranı | | |

## 2.7. Yaşam beklentisi ve Yaşlı Nüfus Projeksiyonu

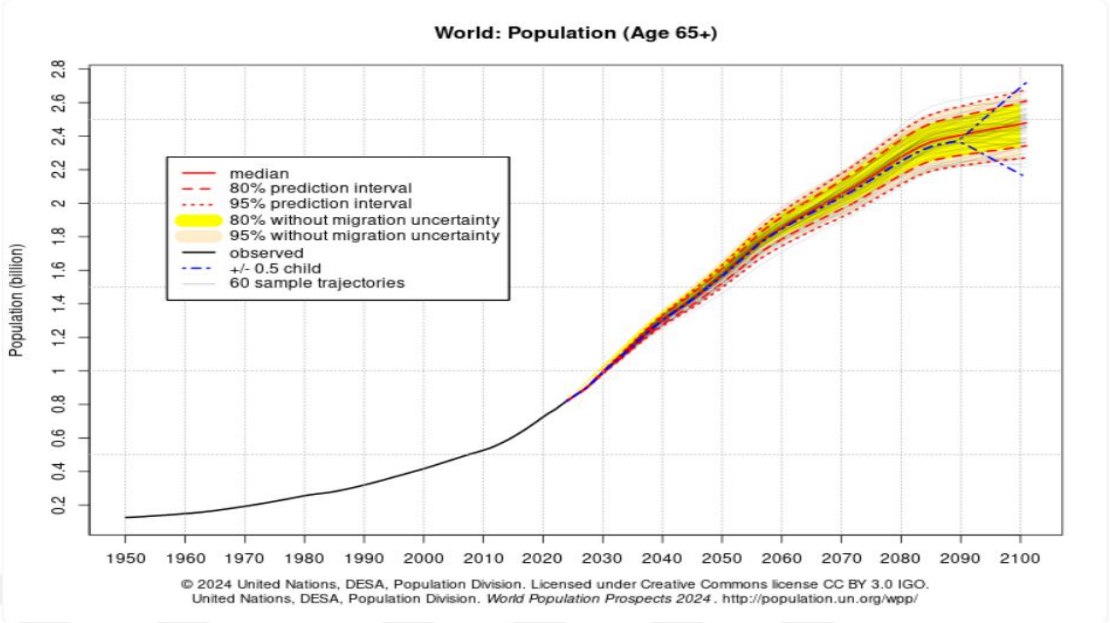
### 2.7.1. Dünya Genelinde Yaşam Beklentisi ve Yaşlı Nüfus Artışı

Birleşmiş milletlerin 2010 yılında yayınladığı "*Dünya Nüfus Beklentileri Raporu*'' na göre dünyadaki ortalama yaşam süresi 2010 yılında 69.31 yılken, 2024 yılı itibariyle 73.3 yıla yükselmiştir, 2050 yılında ise 77.4 yıla kadar yükseleceği tahmin edilmektedir (Şekil 2.7.1.1) (60,61).




**Şekil.2.7.1 1.** Yıllara Göre Dünyadaki Ortalama Yaşam Süresi

Yine BM'nin raporlarına göre 65 yaş ve üzerindeki kişi sayısı 2010 yılında 524 milyonken, 2023 yılında 807 milyona yükseldiği, yaşlı nüfus oranının ise %10 olduğu görülmüştür. 2050 yılındaysa bu sayının 1,5 milyara, yaşlı nüfus oranının %16'ya yükseleceği öngörülmektedir (Şekil 2.7.1.2) (61,62).



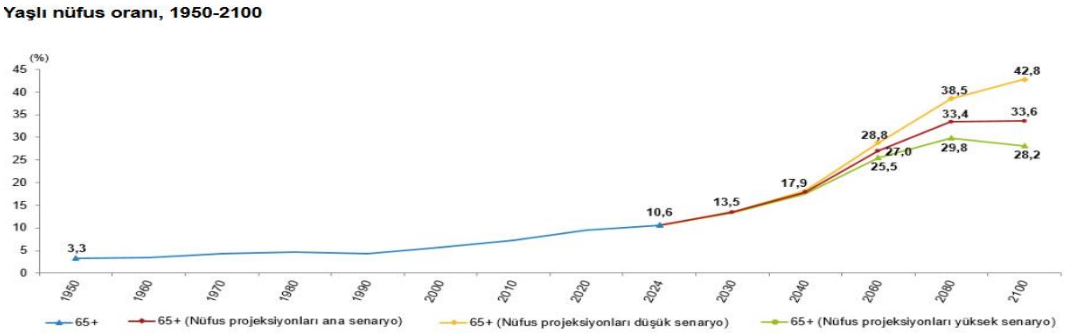

**Şekil.2.7.1 2.** Dünyadaki Yaşlı Nüfus Popülasyonu

### 2.7.2. Türkiye'de Yaşam Beklentisi ve Yaşlı Nüfus Artışı

Türkiye'de ise durum dünyadaki nüfus değişimlerine benzer nitelikte ilerlemektedir. Türkiye'de 2010 yılında ortalama yaşam süresi 74,10 yıl iken, 2021-2023 yılları arası ortalama yaşam süresi 77,3 yıla yükselmiştir. Yapılan nüfus projeksiyon çalışmalarına göre 2050 yılında ortalama yaşam süresinin 78.5 yıl olacağı şeklindedir (60,63).

Türkiye'de 2019 yılında yaşlı nüfus olarak kabul edilen 65 yaş üzeri kişilerin sayısı 7 milyon 550 bin 727'dir. Bu sayı son 5 yıl içinde %20,7 oranında artarak 2024 yılı itibariyle 9 milyon 122 bin 298'e ulaşmıştır. 2019 yılında toplam nüfusun %9,1'ini oluşturan yaşlı nüfus oranı, 2024 yılında %10,6'ya yükselmiştir. 2024 yılı itibarıyla yaşlı nüfusun %44,6'sını erkekler, %55,4'ünü ise kadınlar oluşturmuştur. Yapılan nüfus projeksiyonlarına göre, yaşlı nüfus oranının 2030 yılında %13,5'e, 2040 yılında %17,9'a, 2060 yılında %27,0'a ve 2080 yılında %33,4'e çıkacağı tahmin edilmektedir (Şekil 2.7.2.1) (64).

.




Kaynak: TÜİK, Genel Nüfus Sayımları, 1950-2000
TÜİK, Adrese Dayalı Nüfus Kayıt Sistemi, 2010-2024
TÜİK, 2024 Nüfus Projeksiyonları, 2030-2100

**Şekil 2.7.2.1** Türkiye'de Yaşlı Nüfus Oranı

## 2.8. Yaşlılık Dönemindeki Fiziksel, Bilişsel, Psikolojik ve Sosyal Özellikler

### 2.8.1. Sosyal Yaşlanma

Teknoloji ve bilim alanındaki gelişmeler; doğum ve ölüm oranlarının azalmasına, beklenen yaşam süresinin artmasına neden olarak yaşlı nüfus oranını geçmişe kıyasla gittikçe arttırmaktadır (51,65,66). Yaşlanma bireysel bir mesele değil, toplumsal bir problem olarak ele alınmalıdır (67,68).

### 2.8.2. Psikolojik ve Bilişsel Yaşlanma

Yaşlanma dönemi yalnızca biyolojik olarak açıklanamamaktadır. Bu süreçte psikolojik durum ve bilişsel aktivitelerde de birtakım değişimler meydana gelmektedir. Sinir hücrelerindeki iletim hızında azalma bilişsel yetilerde bozulmalara yol açmaktadır. Buna bağlı olarak ortaya çıkan hafıza, dikkat ve tepki sürelerindeki değişimler yeni bilgileri öğrenme, karar verme ve hızlı hesap yapma gibi becerilerde gerilemeye neden olmaktadır (69,70). Bütün bunların yanında yaşanılan yılların verdiği tecrübe ve bilgelik artarak devam etmektedir (71). Yaşlanma sürecinde görülen ve ölümün de habercisi olan birçok gerileme kişide yaşama isteğinin azalması gibi psikolojik olarak negatif etkiler meydana getirmektedir (72). Yakınların ölümü, kronik hastalıklar, diğer kişilere bağımlı olma, ölüm korkusu gibi nedenler de yaşlılıktaki diğer stres faktörlerindendir. Bu stres faktörlerinin anksiyete, depresyon, uyku sorunları ve demans gibi hastalıkların tetiklenmesinde rol oynadığı düşünülmektedir (71,73).

### 2.8.3. Fizyolojik Yaşlanma

Yaşlılık bireyi fiziksel, zihinsel, psikolojik ve sosyolojik olarak etkileyen ve durdurulamayan bir süreçtir. Bireyin yaşam tarzı, geçirdiği hastalıklar ve yaralanmalar, genetik faktörler ve bedensel dayanıklılık farklılıkları yüzünden yaşlanma herkeste farklı hızlarda ilerlemektedir. Yaşlanma neticesinde ortaya çıkan ve artarak devam eden bilişsel ve fiziksel kayıplar kişileri çevresel faktörlere karşı daha hassas hale getirmektedir (45,70,74).

**Yaşlılığın Fiziksel Özellikleri Şöyle Özetlenebilir:**

**1.** Organların İşlev Rezervlerinde Azalma
**2.** Vücut Isısı ve Kan Basıncı Düzenleme Mekanizmalarında Değişiklikler
**3.** Çevresel Değişimlere Uyum Sağlama Yeteneğinde Azalma
4. Strese Verilen Tepkilerin Zayıflaması (51)

Yaşlanmayla birlikte vücutta kardiyovasküler, solunum, sindirim, kas-iskelet sistemi, duyusal organlar ve deri gibi birçok sistemde değişiklikler gözlemlenir (69). Yaşlanmayla ortaya çıkan en dikkat çekici fizyolojik değişikliklerden bazıları da solunum ve kalp damar sistemi üzerindedir. Torakstaki anatomik değişimler ve kollajen liflerin elastik yapısını kaybetmesi sonucunda solunum kapasitesi azalır. Kalp kasındaki yıpranma sonucu kalp debisi azalır, periferik damar direnci arttığından organların kanlanması azalır (46).

Yaşla birlikte görme ve işitme duyularında azalma olur. Görme duyusu genellikle lensin esnekliğinin azalmasıyla zayıflar ve yakın görme güçleşebilir. İşitme kaybı, özellikle yüksek frekansları algılamada zorluk oluşturur ve bu da yaşlı bireylerin sosyal ilişkilerinde sıkıntılara yol açabilir (75).

Ciltte elastikiyet kaybı, kırışıklıklar ve kuruluk gibi değişiklikler meydana gelirken, kas-iskelet sistemi de zayıflar. Kas kütlesinin azalması ve kemik yoğunluğunun düşmesi, osteoporoz ve diğer romatizmal hastalıkların riskiyle ilişkilidir (46).

## 2.9. Yaşlılıkta görülen sağlık sorunları

**Dört grupta incelenebilir:**

1-Sağlık Problemleri

2-Barınma Problemleri

3- Ekonomik ve Sosyal Problemleri

4- Yaşlılığa Uyum Problemleri (46)

### 2.9.1. Sağlık problemleri

Genç kişilere verilen sağlık hizmetlerinde temel odak tedaviyken, yaşlı kişilerdeki ana hedef "*yaşam kalitesinin korunması*"dır. Yaşlı nüfus hem akut hem kronik olarak karmaşık patofizyolojiye sahip hastalıklarla sağlık kurumuna başvurabilmektedirler. Bu nedenle yaşlılara verilen sağlık hizmeti kişiyi her yönden değerlendirmek gerektiğinden multidisipliner bir yaklaşıma sahip olmalıdır. Yaşlıların beslenme, giyinme, tuvalete gitme, banyo yapma, idrar tutma gibi günlük yaşamını etkileyen aktiviteleri sorgulayan ölçekler kullanılabilmektedir. Günlük yaşam aktivite ölçeklerinde sorgulanan özelliklerde puan fazla olması yaşlının dışarı bağımlılığı o kadar az olduğunu göstermektedir (45,76,77).

**Tablo 2.9.1.1** Yaşlılıkta Sık Görülen Sağlık Problemleri (45).

| | | | |
|---|---|---|---|
| •İskemik kalp hastalıkları | • Diyabet | •Alt solunum yolu hastalıkları | • Katarakt |
| •Hipertansiyon | • Kanserler | •Alzheimer ve diğer bunamalar | • Ortopedik sorunlar |
| •Serebrovasküler hastalıklar | •KOAH | •Görme ve işitme yetersizliği | • Kazalar |

### 2.9.2. Yaşlılık Dönemindeki Sosyal, Ekonomik ve Barınma Problemleri

Yaşlılık dönemindeki kişiler ya emekli olurlar ya da sağlık sorunları nedeniyle çalışamaz duruma gelirler. Yaşlı kişinin geliri azsa ve sosyal güvencesi yoksa bu dönemde ortaya çıkan sağlık problemlerine daha açık hale gelir. Ekonomik olarak sıkıntı çeken yaşlılar çocuklarıyla yaşamaya başlarlar ve kendilerine ait bir alanları kalmaz. Yaşlıların çocuklarıyla birlikte yaşamaya başlaması neticesinde bakım veren birey içinde ekonomik bir yük oluşmaya başlar, aile ilişkilerinde bozulmalar meydana gelir (22,46,78). Yalnız yaşayanlarda ise bulunduğu yaş dönemi ve işlev kaybı düzeyine göre günlük hayat aktivitelerini gerçekleştirmede problem yaşarlar. Geçmiş senelerde yaşlıların huzurevlerine alınması fikri yaygınken şimdi sürekli yaşadığı ve alıştığı, yaşlı kişiye uygun olarak düzenlenmiş ortamda hayatına devam etmesi anlayışı gelişmiştir (46).

### 2.9.3. Yaşlılığa Uyum Sorunları

Yaşlılığın getirdiği fizyolojik değişikliklere karşı yaşlı kişilerde "*uyum açığı*" ortaya çıkmaktadır. Yaşlının kronik yeti kaybına bağlı olarak komplikasyonlara açık hale gelmesi sosyal hayatını etkilediği için uyum sağlama konusunda zorlanmaktadırlar (46).

## 2.10. Yaşlı İhmal ve İstismarı

### 2.10.1. Yaşlı İhmal ve İstismarının Tanımı

İhmal kavramının tanımı TDK'ye göre "*Gereken ilgiyi göstermeme, önem vermeme; boşlama, savsaklama, savsama*" şeklindedir. İstismar ise "*birinin iyi niyetini kullanma"* anlamına gelmektedir (13,14,79). Yaşlıya yapılan kötü muamele ya da diğer bir deyişle yaşlıya karşı yapılan istismar; "*yaşlı bireyin sağlık ve iyilik halini tehdit eden veya zarar veren herhangi bir davranış"* veya "*belli bir zaman dilimi içerisinde bir yetişkin tarafından yaşlının o kültürde kabul edilmeyen bir davranışa maruz kalması*" şeklinde tanımlanmaktadır (80). Dünyada milyonlarca yaşlı kişiyi etkileyen ihmal ve istismar sorununun yaşlı nüfusun artmasıyla gittikçe önem kazanan bir halk sağlığı problemi olacağı düşünülmektedir (81,82).

Uluslararası Yaşlı İstismarının Önlenmesi Kuruluşu ve Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) Toronto Deklarasyonu'na göre ise yaşlı istismarı şu şekildedir: "*Güven beklentisi olan herhangi bir ilişkide yaşlıya zarar veren veya strese sokan tek ya da tekrarlayan uygunsuz davranışlarda bulunulmasıdır*". Bu kötü muamele fiziksel, psikolojik/duygusal, cinsel, finansal istismar gibi ya da sadece kasıtlı veya kasıtsız ihmal şeklinde kendini gösterebilir (83). Yİİ'ye en çok maruz kalınabilecek ortamlar yaşlının kendi evi, huzurevleri, hastane, bakımevleri şeklinde sayılabilir. Araştırmalar ihmal ve istismarın toplumun her sosyoekonomik ve etnik kesiminde oluşabileceğini göstermektedir (80).

Yaşlı ihmali (Neglect): Yaşlı kişiye bakım veren tarafından, yaşlı kişinin psikolojik, fiziksel ve zihinsel yetersizlikleri nedeniyle ihtiyaç duyduğu bakımı alamaması ve istemli veya istemsiz şekilde yaşlı bireyin temel ihtiyaçlarını karşılamama (beslenme, barınma, giyecek, temizlenme, işitme cihazı, gözlük, protez gibi tıbbi cihazlara erişim) şeklinde tanımlanmaktadır (81,84).

Yİİ hakkında başka bazı tanımlamalar da yapılmaktadır:

Yaşlının kendini ihmali (Self neglect); yaşlı bireylerin beslenme, sağlık ve giyim gibi ihtiyaçlarını karşılamaması, medikal tedavilerini aksatması şeklinde karşımıza çıkmaktadır (85,86).

Terk etme (Abandonment); kırılgan bir yapıda olan yaşlı bireyin bakım vereni tarafından terk edilmesidir (84).

### 2.10.2. Yaşlıya Yönelik Kötü Muamele Türleri

Toplum kökenli kötü muamele: Yaşlıya karşı kötü muamelenin aile içinde yapılmasıdır. Yaşlıya evde bakım veren aile üyesinin bu konuda eğitimsiz olması da yaşlı açısından problemler doğurmaktadır (87).

Kurumsal kötü muamele: Yaşlıya yapılan kötü muamelenin ortamının hastane veya bakımevinde olması (88).

## 2.11. Yaşlı İhmal ve İstismar Türleri

### 2.11.1. Fiziksel İstismar

Yaşlı kişiye bakım veren veya yaşlının güvendiği kişi tarafından zor kullanılarak ağrı ve acı verme, fiziksel açıdan engel olma, zorla besleme ve yatakta tutma gibi her türlü bedensel uygulamalar fiziksel istismar olarak kabul edilir. Vurma, tokat atma, yakma, dövme, bağlama veya yanlış ya da aşırı ilaç kullanımı, fiziksel istismarın yaygın örnekleri arasındadır. Yaşlı bireylerde fiziksel istismar belirtileri arasında boyun ve kollarda morluklar, çürükler, el ve ayak bileklerinde halat veya bağ izleri, tekrarlayan ve açıklanamayan yaralanmalar, yaralanma ile ilgili çelişkili veya kaçamak ifadeler, tutarsız açıklamalar ve sürekli benzer yaralanmalar yaşamasına rağmen aynı sağlık kuruluşuna başvurmaktan kaçınma gibi durumlar yer almaktadır (2,3,80,89).

### 2.11.2. Psikolojik/Duygusal İstismar

Yaşlı bireyin güvendiği biri tarafından kasıtlı olarak psikolojik zarar verilmesi, duygusal veya psikolojik istismar olarak tanımlanır. Sevgi, ilgi, şefkat, onay ve destek gibi temel duygusal ihtiyaçların yok sayılması, küçümsenmesi ya da inkâr edilmesinin yanı sıra, bağırma, hakaret etme, korkutma, suçlama, görmezden gelme veya aşağılayıcı tutumlar da psikolojik istismar kapsamında değerlendirilir. Yaygın örneklerden biri ise, bireyin fiziksel veya zihinsel bir gereklilik olmaksızın huzurevine gönderilmekle tehdit edilmesidir. Psikolojik istismara uğrayan bireylerde, sorulara yanıt vermeme, iletişim kurmaktan kaçınma, mantıksız korkular geliştirme, sosyal ilişkilerde ilgisizlik ve kronik fiziksel ya da psikolojik sağlık sorunları gibi belirtiler gözlemlenebilir (2,3,80,89).

### 2.11.3. Cinsel İstismar

Cinsel istismar, bireyin kendi isteği dışında herhangi bir cinsel eyleme zorlanmasıdır. Buna, rızası olmadan dokunma, tecavüz, zorla soyundurulma veya açık şekilde cinsel içerikli fotoğraflar çekme gibi eylemler örnek verilebilir. Cinsel istismarın yaygın belirtileri arasında açıklanamayan anal ve vajinal kanamalar, yırtılmış veya kanlı giysiler, göğüs bölgesinde morluk ve çürükler, cinsel yolla bulaşan hastalıklar ve vajinal enfeksiyonlar bulunmaktadır (2,3,80,89).

### 2.11.4. Ekonomik İstismar

Zihinsel bir yetersizliği olmayan yaşlı bireylerin sivil ve hukuki haklarının ihlal edilmesi, izinsiz veya yasa dışı yollarla mal varlıklarının, paralarının, banka veya emeklilik hesaplarının ya da diğer değerli varlıklarının kullanılması veya değiştirilmesi, kendi evlerinden çıkarılmaları ya da hile ile vekâletnamenin ele geçirilmesi, ekonomik ve hukuki istismar kapsamında değerlendirilmektedir (2,3,80,89).

### 2.11.5. Yaşlı İhmali

Yaşlı ihmali, bireyin temel gereksinimleri olan beslenme, giyim, ısınma gibi ihtiyaçlardan mahrum bırakılması olarak tanımlanabilir. Kasıtlı veya farkında olmadan yaşlı bireyin yiyecek, içecek, ilaç, protez, gözlük, işitme cihazı gibi tıbbi malzemelerden yoksun bırakılması, bakım sorumluluğunun yerine getirilmemesi ya da reddedilmesi, yaşlının fiziksel ve duygusal açıdan zarar görmesine neden olur. Kişisel hijyenin sağlanmaması, uzun süre yalnız bırakılması ve temel ihtiyaçlarının karşılanmaması da ihmale örnek olarak gösterilebilir. İhmal, yaşlının sosyal, fiziksel ve duygusal gereksinimlerinin bilinçli ya da bilinçsiz şekilde karşılanamaması anlamına gelir. İstismarda şiddeti uygulayan kişi aktif bir rol oynarken, ihmal durumunda ihmal eden kişi genellikle pasif bir tutum sergilemektedir (2,3,80,89).

## 2.12. Yaşlı İhmal ve İstismar Tarihçesi ve Epidemiyolojisi

Yaşlı istismarı ilk olarak 1975 senesinde İngiltere'de bir aile üyesinden bakım alan bir yaşlının, bakım veren kişiden fiziksel istismara uğramasıyla gündeme gelmiştir (3,90). Devletin yaşlı istismarıyla ilgili çalışmalar yapmasıysa ilk olarak ABD'de görülmüştür. 1979 yılında yaşlı istismarına özel yasa çıkarılmıştır. Yapılan çalışmalara göre yaşlı bireye istismarı en çok çocukları ve eşleri aile içi şiddet şeklinde yapmaktadır (2). 2011 yılında DSÖ'nün hazırladığı rapora göre 65 yaş ve üzerindeki bireylerin yaklaşık olarak 4 milyonu yaşlı istismarına uğramıştır (18). Yaşlı İstismarı Ulusal Merkezinin (NCEA) 2004 yılı verilerine göre de 65 yaş ve üzerindeki bireylerin yaptığı 250 bin civarı bildirimden %39'u kendini ihmal etme, %21.5'i bakım veren tarafından ihmal, %14'ü maddi kazanç sağlama şeklindedir (91).

DSÖ'nün güncel verilerine göre 2021 yılında toplumdaki 60 yaş ve üzeri her 6 kişiden biri herhangi bir tür istismara maruz kalmaktadır. Bakım evleri tesisleri ve huzur evlerinde yaşlı istismar oranı fazladır ve geçen yıl 3 çalışandan 2'si yaşlı bireylere kötü davranışta bulunduğunu bildirmişlerdir (92).

ABD'de bakımevlerinde yaşayan yaşlı kişilerin %24,3'nün son 1 yılda minimum 1 kez fiziksel istismara maruz kaldığı yakınları aracılığıyla bildirilmiştir (93).Kuzey ve Güney Amerika'da istismar sıklığı %10 ile %47,3 değerleri arasında değişim göstermektedir (85,94,95).

Avrupa'ya bakıldığında istismar yaygınlığı Hırvatistan'da %61,1 , İrlanda'da %2,2 şeklinde görülmektedir (95).İngiltere'de 2004 yılında yapılan bir çalışmada yaşlı bireylerin %5-6'sının sözel istismara, %1.5'nin ekonomik istismara , %1.7'sinin fiziksel istismara uğradığı ortaya çıkmıştır. Bu verilere göre İngiltere'de yaklaşık olarak 500.00 yaşlının istismara maruz kaldığı düşünülmektedir (42). İtalya'da yapılan bir diğer araştırmada ise yaşlı kişilerin %4'ünün fiziksel, %4'ünün psikolojik, %10'unun ekonomik istismara uğradığı görülmüştür (42).

Asya'da ise %36.2 değeriyle en yüksek prevalans Çin'de görülürken, en düşük prevalans %14 ile Hindistan'da tespit edilmiştir (96,97). Çin'in kırsal kesiminde yaşayan yaşlı bireylerin üçte birinden fazlası istismara maruz kaldıklarını ifade ederken, en yaygın istismar şeklinin bakım sağlayan aile bireylerinin ihmali olduğu ortaya çıkmıştır (96).Çin'de yapılan bir diğer çalışmada istismar yüzdeleri şöyledir: %20.8 sözel,%3.9 sosyal, %2.0 fiziksel istismar (98).

Türkiye'de yürütülen çalışmalarda prevalans %13.3-%27.4 olarak gösterilmiştir (2,99).Yaşlı istismarıyla ilgili Türkiye'de yapılmış ilk bilimsel çalışma 1996 senesinde İstanbul'da huzurevine başvuran 113 yaşlı kişi ve yakınları arasında yapılan "Aile İçi Fiziksel Yaşlı İstismarı" adlı çalışmadır. Bu çalışmaya göre huzurevine başvuran yaşlıların %25.6'sı fiziksel istismara uğramıştır (42). Geriatri kliniğinde yapılan başka bir çalışmada 128 katılımcının %68'i bakım verenleri tarafından istismara maruz kaldıklarını ifade etmiş, en sık psikolojik istismar, en az cinsel istismar türü görüldüğü bildirilmiştir. İhmale maruz kaldığını söyleyen yaşlı kişiler en çok kişisel temizlik

alanında ihmale maruz kaldıklarını belirtmişlerdir (100). Eskişehir'de yapılan fiziksel istismar ile ilgili bir çalışmada yaşlıları fiziksel istismara maruz bırakanların yakınları olduğu, yakınları içinde şiddeti en çok oğullarının uyguladığı tespit edilmiştir (81).

## 2.13. Yaşlı İhmal ve İstismarının Risk Faktörleri

Yİİ ile ilgili belirtiler genellikle belirsizdir, bu da durumun tanınmasını zorlaştırır. Kognitif bozukluk yaşayan hastalar, olayları ifade edemeyebilir veya evden uzaklaştırılma korkusuyla bu durumu açıklamayabilirler. Hem yaşlı bireyler hem de bakım verenler açısından, yaşlı istismarı ve ihmali için bazı risk faktörleri bulunmaktadır (101).

### 2.13.1. Yaşlı Bireye Ait Özellikler

- Dul veya boşanmış olma durumu
- İleri yaş grubunda (85 yaş ve üzeri) bulunması
- Bağımlılık ve yetersizlik durumu (sağlık sorunları, ekonomik sebepler vb.)
- Kalabalık bir aile ortamında yaşaması, statü ve güç kaybı yaşaması
- Yalnız yaşama ve sosyal izolasyon
- İyi maddi kaynaklara sahip olması veya düşük gelire sahip olma
- Zihinsel yetersizlik veya engellilik durumu (2,80,101)

### 2.13.2. İstismarcıya Ait Özellikler

- Üstlendiği bakım rolünü içselleştirmemesi ve bunu zorunlu bir görev olarak görmesi
- Bakım verdiği bireyle çatışma içinde olması ve olumsuz roller üstlenmesi
- Düşük benlik saygısı gibi kişilik problemleri, düşünce ve davranışlarını kontrol edememe durumu
- Parasal ve tıbbi sorunlar, evlilik çatışmaları, işsizlik gibi dışsal stres faktörleri.
- Madde bağımlılığına sahip olması
- İstismar ve şiddeti bir çözüm yolu olarak görmesi (2,80,101)

### 2.13.3. Sosyal ve Kültürel Özellikler

- Toplu ve birlikte yaşam tarzı

- Maddi sorunlar (işsizlik gibi)
- Aile içindeki şiddet ve uyumsuzluk
- Sosyal politikaların yetersizliği
- Özel yaşamın olmaması
- Şiddetin nesiller boyu gözlemlenerek öğrenilmesi
- İstismara karşı toplumun göstereceği tepkiler (dini veya ailevi)
- Şiddetle alakalı kültürel inançlar
- Cinsiyet ayrımcılığı (2,3,80,101)

## 2.14. Yaşlı İhmal ve İstismarının Nedenleri

Yaşlı nüfusun hızlı artışı, sosyal güvenlik ve destek hizmetlerinin yetersiz olması, ekonomik durumların kötüleşmesi gibi faktörler, yaşlı bireylerin istismarı ve ihmali oranlarının artmasına yol açmaktadır. Özellikle zayıf, zihinsel rahatsızlıkları ya da depresyonu olan ve ihtiyaçlarını karşılamak için başkalarına bağımlı hale gelen yaşlı kişiler, istismar ve ihmal riski taşıyan gruplar arasında yer almaktadır. Yaşlı istismarı ve ihmali, ailevi ,kurumsal , kültürel, bakım veren kişilere ve yaşlı bireyin kendisine bağlı olarak çeşitli sebeplerle açıklanabilir (Tablo 2.14.1.) (80).

**Tablo 2.14.1** Yaşlı İhmal ve İstismarının Nedenleri

| |
|---|
| **Ailesel Nedenler** |
| Ailede şiddet öyküsü olması |
| Stres ya da sosyal izolasyon yaşama |
| Bireye bakmakla ilgili bilgi ve beceri eksikliği |
| Yaşlı bireyle ortak yerde yaşamanın ya da bireye bakmanın getirdiği ekonomik yük |
| **Kültürel Faktörler** |
| Toplumun yaşlılıkla ilgili inançları, değerleri ve yaşlıya gösterdiği saygı |
| Yaşlı bireyin yaşlılığı algılayışı |
| **Kurumsal Faktörler** |
| Kurumlarda yaşayan yaşlıların güçsüz ve incinebilir olması |
| Kurum yöneticilerinin ve çalışanlarının istismar ve ihmal belirtilerine karşı duyarsızlıkları |
| Değer ve görenekleri, yetiştirilme şekli ve eğitimleri |
| Kurumda çalışan personelin düşük ücretli, yetersiz ve aşırı çalışıyor olabilmesi |
| **Yaşlı Bireyle İlgili Faktörler** |
| Yaşlı bireyin fiziksel ve zihinsel yetersizliğinin olması |
| Kendini koruma ve kurtarma yeteneğinin olmaması |
| Şiddet içeren sözel davranışlarının olması |
| Güçsüz ve başkalarına gereksinimlerini karşılamada bağımlı olması |
| Alkol ya da ilaç bağımlılığı ve buna ikincil sürekli düşme sorununun olması |
| İnkontinansının olması |
| **Bakim Verici ile İlgili Nedenler** |
| Bakım vericinin hasta olması |
| Düşünce ve davranışlarını kontrol edememe gibi kişilik problemlerinin olması |
| Üstlendiği bakım rolünü benimsememesi ya da zorunlu yapması |
| Bakım verdiği kişiyle anlaşamaması, öfke duyması |
| İşsizlik, evlilik çatışması, parasal ve tıbbi konularda kişisel krizler yaşaması |
| Ekonomik olarak yaşlı bireye bağımlı olması |
| İlaç, alkol gibi bağımlılığının olması |

## 2.15. Yaşlı İhmal ve İstismarının Belirti ve Bulguları

### Genel Görünüm

- Korkulu, endişeli veya aşırı hareketli (hiperaktif) ya da hareketsiz (hipoaktif) bir tutum sergileme
- Soruları yanıtlarken bakışlarını eşine veya bakıcısına yönlendirme
- Kötü hijyen durumu ve uygun olmayan, yetersiz giyinme
- Yetersiz beslenme, stres ve yorgunluk belirtileri gösterme
- Yaklaştığında veya dokunulduğunda irkilme tepkisi verme
- Uygunsuz ve kaygılı beden dili sergileme
- Otonom yanıtlar: kan basıncında ve nabız hızında artış, aşırı terleme
- Aşırı zayıf veya aşırı kilolu olma durumu (89)

### Fiziksel İstismar

- Açıklanamayan veya iyileşmesi geciken yaralar, çürükler ve yatak yaraları
- Kırıklar, ısırık izleri ve ip ile halat izleri
- Yanıklar (sigara, kostik, asit, ip veya zincir sürtmesi, özellikle görünmeyen alanlarda)
- Göz altlarında morluklar, gözlerde şişlik, konjonktival ve retinal kanamalar.
- Diş kayıpları veya kırılmış dişler
- Subdural hematom ya da saç dökülmesi
- Kilo kaybı ve dehidrasyon
- Farklı iyileşme evrelerinde bulunan kırıklar
- Ekstremitelerde hareket kısıtlılığı ve kontraktürler
- Tıbbi tedavinin gecikmesi veya tedavilerin uygun şekilde uygulanmaması
- Sık sık acil servise başvurmak, tekrarlayan yaralanmalar için aynı sağlık kurumuna gitmeyi reddetmek
- Yaralanmalarla ilgili çelişkili ve kaçamak ifadeler ile tutumlar (89)

### Cinsel İstismar

- Karında ağrı ve anal bölgelerde ağrı veya zedelenme
- Genital alanda ağrı nedeniyle yürüme ve oturma zorluğu

- Açıklanamayan anal ve vajinal kanamalar, vajinal yaralar
- Kronik idrar yolu enfeksiyonu, vajinit ya da cinsel yolla bulaşan hastalıklar
- Göğüslerde görülen çürükler ve morluklar (89)

**Psikolojik İstismar**

- Paranoya, depresyon ve intihar düşünceleri
- Konsantrasyon zorluğu ve hafıza kaybı
- Mantıksız, şüpheli ve korkular
- Bilinç bulanıklığı veya uyum problemleri
- Sosyal ilişkilerde çekingenlik ve ilgi kaybı
- Konuşmama, sosyal izolasyon ve düşük benlik saygısı
- Kızgınlık veya öfke patlamaları
- Uyku ve yeme bozuklukları
- Tremorlar ve hiperaktif refleksler (89)

**Ekonomik İstismar**

- Yeterli gelire sahip olmasına rağmen açıklanamayan para kısıtlılığı ve paranın nerede olduğu konusunda belirsizlik
- Gelir yeterli olmasına rağmen temel ihtiyaçların (beslenme, giyinme vb.) karşılanmaması
- Ödenmeyen faturalar, değerli eşyaların kaybolması
- Banka hesaplarında beklenmeyen değişiklikler
- Yaşlı bireyin bakımına aşırı miktarda para harcanması ve bakım veren kişinin bu konuda olağan dışı bir ilgi göstermesi (89)

**İhmal Belirtileri**

- Yetersiz hijyen, beslenme eksikliği ve yetersiz sıvı alımı
- Güvenli olmayan yaşam koşulları
- Verilen tedavilere uyulmaması
- İstenenden fazla veya reçetelenmemiş ilaç kullanımı
- Kirli veya ıslak yataklar ve kötü çevre koşulları

- Gerekli olmasına rağmen işitme cihazı, takma diş, gözlük gibi yardımcı ekipmanların bulunmaması (89)

## 2.16. Yaşlı İhmal ve İstismarını Tarama ve Değerlendirme

Yİİ'yi saptamadaki en büyük zorluk ya problemin farkında olunmaması ya da tanınmasındaki engellerdir. Sağlık çalışanı yaşlı kişiyi değerlendirirken bu engellerin tanınmasını kolaylaştırmak için doğru soruları yöneltmelidir. Yaşlıya direkt ihmal veya istismara maruz kalıp kalmadığını sormak veya istismarcıyı suçlayacak soruları yöneltmek istismarın fark edilmesine engel olabilir. Yaşlılar genellikle ihmal veya istismara uğradıklarını çevrelerinden saklama eğilimindedirler. Çünkü bunu çevresindeki insanlara ifade ettiğinde şiddete tekrar uğrayacaklarını, aile bireyleriyle ilişkilerinin biteceğini ve suçluluk duygusuyla baş etmede zorlanacaklarını düşünürler (2,89,102).

Yaşlı hastalar değerlendirilirken istismar her zaman akla getirilmelidir. İstismarın saptanmasında hekimin hem mesleki bilgisi hem de insani ilişkileri önemlidir. Yaşlı kişinin güvenini kazanmak için tehdit içermeyen ve yardımcı sorular sorulmalıdır. Yaşlı bireyin ihtiyaçları, aile bireyleri ve bakım vereniyle ilişkileri değerlendirilmelidir. İstismarı saptarken istismarın bütün etnik ve sosyoekonomik gruplardaki erkek ve kadınlarda olabileceğini, yaşlı kişinin birden fazla istismar tipine uğrayabileceğini, yaşlının güvenli olmayan ve yetersiz koşullarda yaşamasının ve başkasına bağımlı olmasının istismar olasılığını arttırabileceğini, istismarı çocukları, eşi, ücretli veya ücretsiz bakım veren gibi herhangi bir kişi tarafından yapılabileceği, geçmişte istismara uğramış yaşlıların tekrar istismara uğrama olasılıklarının artmış olabileceği göz önünde bulundurulmalıdır (103,104).

Anamnez, fizik muayene, bilişsel, psikolojik ve fiziksel durumu tespit etmeyi sağlar (Tablo 2.16.1.). Geriatrik değerlendirme takım işi olduğundan geriatrist, sosyal hizmet uzmanı ve hemşire bir arada bulunup yaşlıyı öyle değerlendirmelidir. Yaşlı kişiyi sağlık kurumunda değerlendirmek fazla vakit alabilir bu yüzden daha iyi değerlendirme yapabilmek için yaşlı kişiyi evinde de ziyaret etmek faydalı olacaktır. Yaşlı bireyin zihinsel durum, depresyon ve demans yönünden değerlendirilmesi günlük hayattaki yeterliliğinin görülmesi kişinin istismara yatkınlığını değerlendirme

açısından önem taşır (105). İstismar yönünden bir farkındalığa ihtiyaç vardır. Bu yüzden toplumdaki yaşlı istismar vakalarını tanımak adına tarama testlerinin uygulanması gerektiği önerilmektedir (101).

**Tablo 2.16.1** Yaşlı İhmal ve İstismarında Öykü Alma

| | |
|---|---|
| **Problemin Saptaması**<br>-Problemin nedeni ile ilgili belirsizlik<br>-Yaralanma oluşumu ve tedavi arama arasında gecikmelerin olması<br>-Aile üyelerinin veya diğer bakım verenlerin uygunsuz reaksiyonları<br>-Yaralanmanın ciddiyetini önemsememe veya inkâr etme<br>-Anlatılanlar ve fizik muayene arasında uyumsuzluk<br>**Aile Öyküsü**<br>-Geçmişte ailede şiddet öyküsü<br>-Anne/babanın sorgulatmayan itaat isteği<br>-Alkol veya madde bağımlılığı<br>-Ev dışında şiddet<br>-İşsizlik/ekonomik güçsüzlük/yoksulluk | **Sağlık Öyküsü**<br>-Farklı iyileşme aşamalarındaki kırıklar<br>-Sık sık acile başvurular<br>-Konstipasyon, diyare gibi eliminasyon bozuklukları<br>-Yoğun somatik şikayetler<br>-Yeme bozukluğu<br>-Madde bağımlılığı<br>-Depresyon/intihar girişimi/düşük benlik saygısı<br>-Kronik yorgunluk<br>-Uyku bozuklukları<br>-Psikiyatri kliniğine yatış |
| **Kişisel/Sosyal Öykü**<br>-Güçsüzlük hissi, Güvensizlik<br>-Sosyal izolasyon/Ev dışına çıkmada azalma<br>-Bakım verene veya aile üyelerine aşırı bağımlılık<br>-Günlük yaşam aktivitelerini yerine getirmede yetersizlik (2) | -Ailedeki büyük kararlara katılamama<br>-Yoğun korku<br>-Sözel saldırganlık/ Negatif sözel iletişim<br>-Beden imajı bozukluğu<br>-Kronik fiziksel veya psikolojik yetersizlik öyküsü |

## 2.17. Yaşlı İstismarını Tespit Etmeye Yönelik Tarama Testleri

Tarama amacıyla çeşitli testler geliştirilmiştir. Ancak, hastanın bilişsel durumu ile etkileşime girmesi, uzun zaman alması, bakım veren kişiden kesin yanıt gerektirmesi, özel eğitim ihtiyacı duyması ve farklı toplumlarda denenmemiş olması gibi sebeplerle güvenilirliği sorgulanabilir (106).

### 2.17.1. Yaşlılar İçin Kısa İstismar Tarama Testi (Brief Abuse Screen for the Elderly-BASE)

Psikolojik, fiziksel ve ekonomik istismar ve ihmali sorgulayan 5 maddelik soru içerir. Eğitim almış sağlık profesyonelleri aracılığıyla uygulanır. İstismarın türünü ve müdahale etme önceliğini gösterir (107).

### 2.17.2. Bakım Veren İstismar Tarama Testi (Caregiver Abuse Screen-CASE)

Psikolojik ve fiziksel istismarı değerlendiren 8 maddelik soru içerir. Bakım veren kişilerin kötü muameleye eğilimini göstermek için kullanılır (107).

### 2.17.3. Yaşlı İstismarı Şüphe İndeksi (Elder Abuse Suspicion Index)

Yaşlı İstismarı Şüphe İndeksi (EASI)**,** hekimlerin yaşlı bireylerde istismar olasılığını değerlendirmelerine yardımcı olmak amacıyla geliştirilmiş kısa bir tarama aracıdır. Bilişsel işlevleri yerinde olan yaşlı bireyler için uygun olan bu ölçek, toplam altı sorudan oluşmaktadır. Ölçekten elde edilebilecek toplam puan 0 ile 5 arasında değişmekte olup, uygulanması genellikle 2 ila 5 dakika sürmektedir. Altıncı soru hekimin bireyle ilgili gözlemlerine dayanarak kendisi tarafından yanıtlanmaktadır. Ölçeğin ilk sorusu, bireyin yaşadığı duygusal sıkıntıyı değerlendirdiği için puanlamaya dahil edilmemektedir; çünkü bu soru doğrudan istismar şüphesini göstermemektedir (108,109).

### 2.17.4. Hwalek-Sengstock Yaşlı İstismarı Tarama Testi (HS-EAST)

Yaşlı bireylerden alınan raporlara dayanarak fiziksel istismar, korunmasız ve riskli durumları değerlendiren 15 alt başlıktan oluşan bir testtir. Sağlık kurumlarında kullanım için uygundur ve sağlık personeli tarafından kolayca uygulanabilir.

Geçerliliği ve güvenilirliği kanıtlanmış olup, Türkçeye 14 soruluk bir versiyon olarak uyarlanmıştır. Kısa sürede uygulanabilmesi sayesinde klinik ve psikososyal değerlendirmelerde pratik bir araçtır. Testten alınan yüksek puan, yaşlı istismarı riskinin arttığını gösterir (86,110).

## 2.18. Yaşlı İhmal ve İstismarını Saptamadaki Zorluklar

Yaşlıya kötü muamelenin belirlenmesindeki en büyük zorluk, sorunun farkına varılmaması ya da tespit edilmesindeki engellerdir. Sağlık personeli yaşlı kişiyi değerlendirirken aşağıdaki engelleri göz önüne almalıdır (89).

### 2.18.1. Kişisel Engeller

Yaşlı birey istismara uğradığını yakınlarına söylediğinde bakım veren tarafından suçlanmaktan, çevresindekilerin ona inanmayacağından korkabilirler. Aile üyelerinin tutumlarından çekinerek istismarı onlarla paylaştığında daha kötü sonuçlar doğacağından endişe edebilirler. Yaşadığı durumla ilgili kendini suçlayıp paylaşmayı reddedebilirler. Aile içerisinde böyle bir durum yaşandığını kabul edememesi, fark ettiğinde ise bildirmek için nasıl bir yol izlemesi gerektiğini bilememesi ya da bildirse bile sistemin işleyeceğini bilememesi önemli kişisel engellerdir (2,89).

### 2.18.2. Bilgi ve Kaynaklara Ulaşmada Yetersizlik

Yaşlı bireyin yardım isteyebileceği kaynakları bilmemesi, sosyal ve ekonomik yönden bağımlı olması istismarı tespit etmede bir engeldir (89).

### 2.18.3. Sağlık Çalışanları ve Kurumsal Engeller

Doktor, sosyal hizmet uzmanı, hemşire gibi sağlık çalışanlarının yaşlıya kötü muameleyi tespit etmede ne çeşit sorular sorulacağını bilememesi, bilgisinin eksik olması istismarı bildirmede önemli engellerdir (2). Ayrıca sağlık çalışanları hangi durumun istismar kapsamına girdiğini bilemeyebilir, karşılaşabileceği tepkilerden çekinebilir, istismardan emin olmadan vereceği tepkiyle bakım veren ve yaşlı arasındaki bağı kopartabileceğini düşünebilir ve istismarı bildirmede önerilen yöntemlerin cezalandırıcı olduğunu düşünebilir ve bildirimden kaçınabilir (81).

## 2.19. Yaşlı Bireylerde İstismar ve İhmali Önleme Uygulamaları

Yİİ'yi engellemede atılacak adımlardan birinin sağlık çalışanlarının kötü muameleyle ilgili bilgi, tanıma yeteneği ve farkındalıklarının arttırmak olduğu öngörülmektedir. Yİİ'den korunma birincil, ikincil ve üçüncül koruma olmak üzere üç basamakta incelenebilir (2).

### 2.19.1. Birincil Koruma

Toplumsal farkındalık için bütün şiddet olaylarına devlet politikaları, kanun düzenlemeleri, resmi ve gönüllü kurum ve kuruluşlar ve medya aracılığıyla tepki gösterilmelidir (2,111).

Birinci basamakta çalışan sağlık personelleri bireylerle ilk karşılaşan ve daha kolay ilişki kurabilecek durumda olmaları nedeniyle istismarı fark etmede önemli bir konumdadırlar. Bunun için kötü muamelenin kolaylaştırıcı faktörleri hakkında bilgi sahibi olmalıdırlar. İstismarın erken fark edilmesinde sağlık personeline verilen eğitimin önemli bir rol oynadığını düşünülmektedir. Sağlık personeli; risk grubundaki kadın, çocuk ve yaşlılara eğitim vererek, bireylerin yardım alma isteğini arttırabilir (2) (99,104,112,113).

Diğer önemli konuysa istismara şahit olmuş veya karşılaşmış kişilerin başvurabileceği yapılar oluşturulmasıdır (2,113) .

Bakım evleri, polis, sığınma evleri bu kurumlara örnek verilebilir. Bakım veren kişiler istismara yatkınlık açısından değerlendirilmeli, tecrübesizlik ve bilgisizlikten dolayı oluşabilecek istismarı ortadan kaldırmak için bakım verenin destek alabileceği sosyal hizmetler ve sağlık kuruluşları hakkında bilgilendirme yapılmalıdır (2,104,113).

### 2.19.2. İkincil Koruma:

İstismar vakalarını erkenden tanıma ve müdahale etme ikincil koruma kapsamındadır. Ev görüşmeleri sırasında veya hastaneye gelmiş yaşlı bireydeki korkak bakışlar, depresif ruh hali, kaçamak cevaplar ayrıntılı olarak değerlendirilmelidir. Aynı zamanda yaşlı kişinin aile üyelerinde şüphe uyandıran davranışlar varsa onlar da incelemeye alınmalıdır (2,104,113).

Fizik muayenede deride özellikle genital ve sırt gibi gözle görülmeyen bölgelerde travma skarları, ezik, morluk, sigara, ütü veya suyla haşlama yanıkları var mı dikkatle incelenmelidir. İstismar varsa yaşlı birey ailesiyle beraber incelenip istismarın nedenleri ortaya koyulmalıdır (2,104,113).

İkincil koruma kapsamında çeşitli uygulamalar bulunmaktadır. Bunlar arasında ilgili birimlere vakaları aktarma, değerlendirme araçlarıyla istismar vakalarını tespit etme, kriz müdahale stratejileri geliştirme, gerekli durumlarda acil tıbbi destek sağlama, istismarcıya yasal yaptırımlar uygulama, taraflara düzenli ziyaretlerde bulunma, istismarcının tedavi edilmesi, maddi destek sağlama, evde bakım hizmetleri sunma ve yaşlı çiftlere evlilik danışmanlığı verme gibi önlemler yer almaktadır (2).

### 2.19.3. Üçüncül Koruma

Yaşlıya ve aile bireylerine danışmanlık ve rehabilitasyon hizmetlerini içerir. Üçüncül koruma kapsamında; fiziksel, mesleki ve konuşma terapileri, günlük yaşam ve beslenme desteği, sosyal ve toplumsal etkinlikler, danışmanlık ve psikoterapi, aile danışmanlığı, alternatif barınma imkanları, ev ortamının iyileştirilmesi, destek grupları ve eğitim gibi uygulamalar bulunmaktadır (1,104,113).

## 2.20. Dünyada ve Türkiye'de Yaşlı İhmal ve İstismarına Yönelik Destek Hizmetleri

ABD'de "*yaşlı istismar hattı*" adı verilen istismarı bildirmek için açılmış ücretsiz telefon hatları bulunmaktadır. Kişiler telefon hattını aradığında "*yaşlı koruma hizmetleri*" birimine bağlanmaktadır. Benzer şekildeki uygulamalar İngiltere, Yeni Zelanda, Kanada ve Avustralya'da da kullanılmaktadır. Telefon üzerinden yapılan şikayetle "*yaşlı koruma hizmeti*" birimleri yaşlıyı evinde ziyaret ederek istismar olgusunun olup olmadığını araştırır. İstismar bulgusuna rastlanırsa yaşlının bakımevi veya huzurevine yatırılması gibi yer değişiklikleri yapılmakta ve kötü muameleyi yapan birey hakkında cezai işlem uygulanmaktadır. Aynı zamanda adresinde yaşlıya kötü muamele yapıldığında izlenmesi gereken yol ayrıntılı şekilde anlatılmaktadır (114).

Türkiye'de ise yaşlılara yönelik "*Türkiye Sağlıklı Yaşlanma Eylem Planı ve Uygulama Programı 2015-2020*'' isimli bir program bulunmaktadır. Programın yaşlı istismarı özelinde üç adet stratejisi vardır (114).

### 2.20.1. Yaşlı İstismarı Konusunda Toplum Duyarlılığının Arttırılması

Bu kapsamda, şehir panolarında konuya ilişkin afişlerin artırılması, yazılı ve görsel medyada bilgilendirici yayınlara daha fazla yer verilmesi planlanmaktadır. Hekim ve sağlık personeli tarafından bildirilen vakaların takibi yapılarak istismar ve şiddet oranlarının değerlendirilmesi sağlanacaktır. Bu çalışmaların sonucunda, toplumda yaşlı istismarını bildiren birey sayısının artması ve yaşlı bireylere yönelik şiddet ve istismar vakalarının azalması beklenmektedir (114).

### 2.20.2. Yaşlı Sağlığı Alanında Çalışan Profesyonellerin, Yaşlı İstismarı Konusunda Mezuniyet Öncesi ve Sonrasında Eğitilmesi

Bu doğrultuda, tıp fakülteleri, hemşirelik, sosyal hizmet ve ilgili diğer disiplinlerin müfredatlarına yaşlı istismarı ve şiddeti konusunun eklenmesi planlanmaktadır. Sağlık çalışanlarına yönelik hizmet içi eğitimlerin kapsamı genişletilecek ve istismar vakalarının tanınması için bilgilendirici dokümanlar hazırlanarak ilgili kurum ve kuruluşlara dağıtılacaktır. Bu çalışmalar sonucunda, sağlık profesyonellerinin yaşlı istismarı ve şiddet konusundaki farkındalıklarının artması ve bildirim sayılarının yükselmesi beklenmektedir (114).

### 2.20.3. İstismara Uğrayan Ya Da Şiddet Gören Yaşlılara Yönelik Sağlık Hizmetlerinin Oluşturulması

İstismara uğrayan veya şiddet gören yaşlılara yönelik sağlık hizmetlerinin güçlendirilmesi amacıyla çeşitli stratejiler geliştirilmektedir. ALO 183 hattına yaşlı istismarının bildirilmesi konusunda farkındalık yaratmak için tanıtım faaliyetleri yürütülecektir. Birinci basamak sağlık hizmetlerinde, aile hekimleri, aile sağlığı elemanları ve sosyal hizmet uzmanlarının ev ziyaretleriyle yaşlı istismarını erken dönemde tespit etmeleri teşvik edilecektir. Bu önlemler sayesinde yaşlı istismarını önleme, erken teşhis etme ve mağdurlar için daha iyi yaşam koşulları oluşturma hedeflenmektedir. Yukarıda bahsedilen stratejiler Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı,

Sağlık Bakanlığı, İçişleri Bakanlığı, Basın ve Yayın Kuruluşları, Sivil Toplum Kuruluşları tarafından uygulanmaktadır (114).

Ülkemizde şiddet mağduru yaşlı bireyler için destek sağlayan kurumlar bulunmakla birlikte, bu kuruluşların sayısı sınırlıdır. Şiddete uğrayan yaşlılar, Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumuna bağlı huzurevleri veya kadın konukevlerinde korunma ve bakım altına alınmaktadır. Ayrıca, Yaşlı Dayanışma Merkezleri aracılığıyla bireysel hizmetler sunularak yaşlı bireylerin ihtiyaçlarına yönelik destek sağlanmaktadır (114).

### 2.21. Yaşlı İhmal ve İstismarına İlişkin Türk Ceza Kanunu Hükümleri

Yaşlıların istismarıyla ilgili yasal düzenlemelere bakıldığında, Türk Ceza Kanunu'nun 97. maddesi bu konuda önemli bir düzenleme içermektedir. Maddenin birinci fıkrasında; "*Yaşı veya hastalığı dolayısıyla kendini idare edemeyecek durumda olan ve bu nedenle koruma ve gözetim yükümlülüğü altında bulunan bir kimseyi kendi hâline terk eden kişi, üç aydan iki yıla kadar hapis cezası ile cezalandırılır*" hükmü yer almaktadır. İkinci fıkrada ise; "*Terk dolayısıyla mağdur bir hastalığa yakalanmış, yaralanmış veya ölmüşse, neticesi sebebiyle ağırlaşmış suç hükümlerine göre cezaya hükmolunur*" ifadesiyle, mağdurun zarar görmesi durumunda daha ağır cezai yaptırımların uygulanacağı belirtilmektedir (115).

Türk Ceza Kanunu'nun 98. maddesine göre, birinci fıkrada "*Yaşı, hastalığı veya yaralanması dolayısıyla ya da başka herhangi bir nedenle kendini idare edemeyecek durumda olan kimseye hal ve koşulların elverdiği ölçüde yardım etmeyen ya da durumu derhal ilgili makamlara bildirmeyen kişi, bir yıla kadar hapis veya adli para cezası ile cezalandırılır*" hükmü bulunmaktadır. İkinci fıkrada ise, "*Yardım veya bildirim yükümlülüğünün yerine getirilmemesi dolayısıyla kişinin ölmesi durumunda, bir yıldan üç yıla kadar hapis cezasına hükmolunur*" ifadesi yer almaktadır (115).

TCK'nın 279. maddesinde, "*Kamu adına soruşturma ve kovuşturmayı gerektiren bir suçun işlendiğini göreviyle bağlantılı olarak öğrenip de yetkili makamlara bildirimde bulunmayı ihmal eden veya bu hususta gecikme gösteren kamu görevlisi, altı aydan iki yıla kadar hapis cezası ile cezalandırılır*." hükmü yer almaktadır. Sağlık çalışanlarıyla

ilgili olan 280. maddede ise, "*Görevini yaptığı sırada bir suçun işlendiği yönünde bir belirti ile karşılaşmasına rağmen, durumu yetkili makamlara bildirmeyen veya bu hususta gecikme gösteren sağlık mesleği mensubu, bir yıla kadar hapis cezası ile cezalandırılır.*" ifadesi bulunmaktadır (115).

# 3. GEREÇ VE YÖNTEM

## 3. 1. Araştırmanın Tipi

Kesitsel tipte bir araştırmadır.

## 3. 2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman

Araştırma Sivas il merkezinde bulunan 29 ASM'de (4 Eylül ASM, Alibaba ASM, Aydoğan ASM, Cezaevi ASM, Çarşıbaşı ASM, Demircilerardı ASM, Fatih Mahallesi Şükrü Beyazıt ASM, Gökmedrese ASM, Gültepe ASM, Gümüşdere ASM, Hanlı ASM, Kadıburhanettin ASM, Kardeşler ASM, Karşıyaka ASM, Kılavuz ASM, Kızılırmak ASM, Kurtlapa ASM, Medikososyal ASM, Mehmet Akif Ersoy ASM, Mimarsinan ASM, Mevlana ASM, Orhangazi ASM, Şehit Ömer Güney ASM, Şeyhşamil 1 Nolu ASM, Şeyhşamil ASM, TOKİ ASM, Tuzlugöl ASM, Yıldız ASM, Yunus Emre ASM) yapıldı. Araştırmanın yapıldığı zaman dilimi, 15.03.2024-15.01.2025'tür.

## 3. 3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Bu çalışma, 15 Mart 2024- 15 Ocak 2025 tarihleri arasında Sivas il merkezinde İl Sağlık Müdürlüğüne (İSM) bağlı birinci basamak sağlık kurumlarında çalışan aile hekimlerine (AH) ve aile sağlığı çalışanlarına (ASÇ) uygulanmış kesitsel bir araştırmadır. Araştırmanın evrenini merkezde 29 ASM'de görev yapmakta olan AH'lerin tümü (115 kişi) ve ASÇ'lerin tümü (124 kişi) oluşturmaktaydı. Minimum örneklem büyüklüğü OpenEpi (Version 3) programı aracılığıyla n = [DEFF*Np(1-p)] / [(d2/Z21-α/2*(N-1) + p*(1-p)] formülü kullanılarak 196 olarak hesaplandı (N = 239, etki değeri d = %3, güven aralığı = %95, p = %50).

## 3. 4. Veri Toplama Araçları

Araştırma verilerinin elde edilmesinde dört bölüm ve toplam 40 sorudan oluşan anket formu (EK-1) kullanıldı. Anket formu literatür taranarak araştırmacılar tarafından oluşturuldu (1,2,4,23,116). Birinci bölümde katılımcıların sosyodemografik özelliklerinin (yaş, cinsiyet, medeni durum, meslek, meslek yılı, aynı evin içinde 65 yaş üstü birey bulunma durumu, çalışılan birime başvuran günlük hasta sayısı, çalışılan birime başvuran 65 yaş üstü hasta sayısı) sorgulandığı 8 soru bulunmaktaydı. İkinci

bölümde katılımcıların yaşlı ihmali ve istismarıyla karşılaşma ve konuyla ilgili eğitim durumunun sorgulandığı 6 soru, üçüncü bölümde katılımcıların yaşlı istismarı ve ihmali bilgisinin sorgulandığı 12 soru ve dördüncü bölümde katılımcıların yaşlı istismarı ve ihmali tutum ve davranışlarının sorgulandığı 14 soru yer almaktaydı. Anket formunun dördüncü bölümünde katılımcıların Yaşlı İstismar Şüphe İndeksi (EASI) © kullanım sıklığına dair sorular yer almaktaydı.

### 3.4.1. Yaşlı İstismarı Şüphe İndeksi (EASI) ©

Yaşlı İstismarı Şüphe indeksi (EASI) © hekimlerin yaşlı hastalardaki ihmal ve istismar şüphelerini değerlendirmek amacıyla Yaffe ve arkadaşları tarafından geliştirilmiş bir tarama testidir. Altı sorudan oluşan bu testte, 2., 3., 4., 5. ve 6. sorulara verilen "*evet*" yanıtı istismar şüphesini artırmaktadır. Testten alınacak toplam puan 5 olup, en az 0 en fazla 5 puan elde edilebilmektedir. İlk beş soru hekim tarafından yaşlı bireye yöneltilmekte ve "*evet*" veya "*hayır*" şeklinde yanıtlanmaktadır. Testin tamamlanma süresi yaklaşık 2 ila 5 dakika arasında değişmektedir (108). Altıncı soru ise hekim tarafından gözleme dayanarak cevaplandırılmaktadır. Bu testin Türkçeye uyarlanması İzbırak ve Karakuş tarafından yapılmış olup, yaşlı kişilerde geçerlilik ve güvenilirlik araştırması da Yurdakul ve arkadaşları (Cronbach's $\alpha$=0.711) tarafından gerçekleştirilmiştir (117–119).

## 3. 5. Araştırmanın Değişkenleri

Bağımlı Değişkenler: Katılımcıların yaşlı ihmali/istismarıyla karşılaşma ve konuyla ilgili eğitim durumu, katılımcıların yaşlı istismarı/ihmali bilgisi, katılımcıların yaşlı istismarı/ihmali tutum ve davranışları.

Bağımsız Değişkenler: Yaş, cinsiyet, medeni durum, meslek, meslek yılı, aynı evin içinde 65 yaş üstü birey bulunma durumu, çalışılan birime başvuran günlük hasta sayısı ve çalışılan birime başvuran 65 yaş üstü hasta sayısı.

## 3. 6. Veri Toplama Aracının Uygulanması

Sivas İl Sağlık Müdürlüğünden gerekli izin alındıktan sonra veri toplama araçları araştırmacı tarafından Sivas il merkezinde bulunan 29 ASM'de görev yapan katılımcılara yüz yüze veya Google Forms üzerinden online olarak doldurtuldu. Eksik

veya terk edilmiş formlar değerlendirilmedi. Veri toplama araçlarının dağıtıldığı sırada görevde olmayan veya anketi eksik yanıtlayan kişiler çalışma dışı bırakıldı.

Çalışmaya katılmayı kabul eden bireylere çalışma hakkında bilgi verilerek, yazılı bilgilendirilmiş olurlarını vermeleri istendi. Bilgilendirilmiş onam alındıktan sonra, çalışmaya katılmayı kabul edenler anketi doldurmaya devam etti. Veri toplama süreci Helsinki Bildirgesi kurallarına uygun olarak gerçekleştirildi. Tüm katılımcılara bilgilerinin gizli tutulacağı bildirildi.

### 3. 7. Verilerin Değerlendirilmesi

Çalışmada elde edilen veriler SPSS (ver 23.0) programına yüklendi. Verilerin değerlendirilmesinde aritmetik ortalama, standart sapma, frekans ve yüzde gibi tanımlayıcı ölçütler kullanıldı. Sayımla elde edilmiş verilerin analizinde 2x2 ve çok gözlü düzenlerde Ki- kare ve Fisher Exact testi kullanıldı. Yanılma düzeyi 0,05 olarak alındı.

### 3. 8. Araştırmanın Etik Yönü ve Kurum İzni

Araştırmanın yapılabilmesi için Sivas İl Sağlık Müdürlüğü'nden izin alındı (Karar No:2024/5). Cumhuriyet Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurul onayı alındı. (Etik Kurul Karar No:2024-02/23). Araştırmaya katılmayı kabul edenlerin onamları araştırma ile ilgili açıklama yapıldıktan sonra alındı.

# 4. BULGULAR

Bu araştırma Sivas Merkez ASM'lerde görev yapan ve çalışmaya katılmayı kabul eden toplam 228 AH ve ASÇ ile gerçekleştirildi. Araştırmaya katılan kişilerin sosyodemografik özellikleri Tablo 4. 1 'de verilmektedir. Katılımcıların yaş ortalaması 39,9 ± 9,5 yıldı. 40 yaş altında 113 kişi (%49,6), 40 yaş ve üzerinde 115 kişi (%50,4) bulunmaktaydı. En düşük katılımcı yaşı 25 ve en yüksek katılımcı yaşı 60'tı. Katılımcıların %68'i kadındı ve %83,8'i evliydi. Katılımcıların ASM'lerdeki görevleri %39,5'i pratisyen hekim, %6,1'i uzman hekim, %29,0'ı hemşire, %24,1'i ebe, %1,3'ü sağlık memuru ve acil tıp teknisyeni şeklinde dağılım göstermekteydi. Çalışmaya katılan bireylerin meslekte geçirdikleri süreye bakıldığında, büyük çoğunluğunun 10 yıl ve üzeri deneyime sahip olduğu görülmekteydi (%68,4). 6-10 yıl mesleki deneyime sahip katılımcılar %25,0, 2-5 yıl deneyimi olanlar %5,7**,** bir yıl veya daha az süredir çalışanlar ise %0,9 oranında yer almaktaydı. Katılımcıların %91,7'sinin 65 yaş ve üzeri bireylerle birlikte yaşamadığı, %8,3'ünün yaşlı bireylerle aynı evi paylaştığı belirlendi. Araştırmaya katılanların çalıştıkları ASM birimlerine günlük başvuran hasta sayıları incelendiğinde, %59,6'sının görev yaptığı ASM biriminde günlük 51-100 hastanın başvurduğu görüldü. %21,9'unun ise çalıştığı birimde günlük hasta sayısı 0-50 arasında değişirken, %18,4'ünün görev yaptığı birimlere 151-500 hasta başvuruda bulunmaktaydı. Katılımcıların görev yaptığı ASM birimlerine günlük başvuran 65 yaş ve üzeri hasta sayıları değerlendirildiğinde, en sık görülen başvuru aralığının %44,3 oranıyla 26-75 hasta sayısında olduğu belirlendi. 0-25 yaşlı hastanın başvurduğu birimler %36,4'lük bir oran oluştururken, günlük 76-250 yaşlı hastanın başvurduğu birimler %19,3 oranında tespit edildi.

**Tablo 4. 1.**Katılımcıların Sosyodemografik Özelliklerine Göre Dağılımı (n=228)

| | **Ort± Ss** | **Min-Maks** |
|---|---|---|
| **Yaş** | 39,9±9,5 | 25-60 |
| | **n** | **%** |
| **Cinsiyet** | | |
| Kadın | 155 | 68,0 |
| Erkek | 73 | 32,0 |
| **Medeni Durum** | | |
| Evli | 191 | 83,8 |
| Bekar | 37 | 16,1 |
| **Meslek** | | |
| Pratisyen Hekim | 90 | 39,5 |
| Hemşire | 66 | 29,0 |
| Ebe | 55 | 24,1 |
| Uzman Hekim | 14 | 6,1 |
| Acil Tıp Teknisyeni | 2 | 0,9 |
| Sağlık Memuru | 1 | 0,4 |
| **Meslek Yılı** | | |
| 1 yıl veya daha az | 2 | 0,9 |
| 2-5 yıl | 13 | 5,7 |
| 6-10 yıl | 57 | 25,0 |
| 10 yıldan daha fazla | 156 | 68,4 |
| **65 yaş üzeri bireyle yaşama durumu** | | |
| Evet | 19 | 8,3 |
| Hayır | 209 | 91,7 |
| **ASM birimine başvuran günlük hasta sayısı** | | |
| 0-50 hasta | 50 | 21,9 |
| 51-150 hasta | 136 | 59,6 |
| 151-500 hasta | 42 | 18,4 |
| **ASM birimine başvuran günlük 65 yaş üzeri hasta sayısı** | | |
| 0-25 hasta | 83 | 36,4 |
| 26-75 hasta | 101 | 44,3 |
| 76-250 hasta | 44 | 19,3 |

Ort: Ortalama, Ss: Standart sapma, Min: Minimum değer, Maks: Maksimum değer

Araştırmaya katılan kişilerin Yİİ'yle karşılaşma ve konuyla ilgili eğitim durumlarına göre dağılımı Tablo 4. 2.'de verilmiştir. Katılımcılar, son 12 ay içerisinde çalıştığınız ASM birimine başvuran 65 yaş üstü hastaların yüzde kaçında ihmal veya istismar bulgusu vardı sorusuna %82,9 oranında %0-1 aralığı cevabını verdi.

Araştırma kapsamında, son 12 ay içinde ASM'ye başvuran yaşlı hastalarda ihmal veya istismar bulgusunun fark edilme durumu değerlendirildi. Katılımcıların

%41,7’si en az bir vaka fark ettiğini belirtirken, %58,3’ü herhangi bir ihmal veya istismar bulgusu fark etmediğini ifade etti.

Sağlık çalışanlarının son 12 ay içinde ASM’ye başvuran yaşlı hastalarda karşılaştıkları istismar türlerinin dağılımına bakıldığında katılımcıların %58,3’ü herhangi bir istismar vakasıyla karşılaşmadığını belirtirken, en sık karşılaşılan istismar türü %24,6 ile ihmal oldu. Bunu sırasıyla %15,4 ile psikolojik istismar ve %12,7 ile ekonomik istismar takip etti. Fiziksel istismar vakalarına %1,3 oranında rastlanırken, cinsel istismar vakasına rastlanmadığı görüldü.

Sağlık çalışanlarının Yİİ ile ilgili eğitim alma durumları incelendiğinde, %75,9’u bu konuda herhangi bir eğitim almamıştı. %13,6’sı lisans eğitimi sırasında, %10,5’i ise hizmet içi eğitimlerle Yİİ hakkında bilgi edinmişti. Araştırmaya katılan sağlık çalışanları arasında, Yİİ ile ilgili yeterli eğitim aldıklarını düşünme durumları incelendiğinde, katılımcıların büyük bir kısmının (%84,2) yeterli eğitim almadıklarını düşündükleri ortaya çıktı. %15,8'i yeterli eğitim aldıklarını ifade etti. Araştırmada, katılımcıların %79,4’ü Yİİ ile ilgili eğitimin gerekli olduğunu düşünürken, %4,8'i bu konuda gereklilik hissetmediğini, %15,8'lik bir grup ise konu hakkında fikri olmadığını ifade etti.

**Tablo 4. 2.**Katılımcıların Yaşlı İhmal ve İstismarıyla Karşılaşma ve Konuyla İlgili Eğitim Alma Durumlarına Göre Dağılımı (n=228)

| | n | % |
|---|---|---|
| **Son 12 ay içerisinde ASM'ye başvuran yaşlı hastalarda ihmal veya istismar bulgusunu fark etme durumu** | | |
| Evet | 95 | 41,7 |
| Hayır | 133 | 58,3 |
| **Son 12 ay içerisinde karşılaşılan istismar türlerinin dağılımı*** | | |
| Hiçbiri | 133 | 58,3 |
| İhmal | 56 | 24,6 |
| Psikolojik İstismar | 35 | 15,4 |
| Ekonomik İstismar | 29 | 12,7 |
| Fiziksel İstismar | 3 | 1,3 |
| Cinsel İstismar | 0 | 0,0 |
| **Yaşlı ihmal ve istismarıyla ilgili eğitim durumu** | | |
| Hizmet içi eğitimle aldım | 24 | 10,5 |
| Lisans eğitiminde aldım | 31 | 13,6 |
| Eğitim almadım | 173 | 75,9 |
| **Yaşlı ihmal ve istismarıyla ilgili yeterli eğitim aldığını düşünme durumu** | | |
| Evet | 36 | 15,8 |
| Hayır | 192 | 84,2 |
| **Yaşlı ihmal ve istismarıyla ilgili eğitimin gerekli olduğunu düşünme durumu** | | |
| Evet | 181 | 79,4 |
| Hayır | 11 | 4,8 |
| Fikrim yok | 36 | 15,8 |

* *Birden fazla işaretleme yapılmıştır*.

Katılımcıların Yİİ ile ilgili bilgi düzeyleri hakkındaki dağılımları Tablo 4. 3.'te verilmektedir. Çalışmaya katılan 228 kişiden 199'u (%87,3) Yİİ hakkında bilgi sahibi olduğunu belirtti. Yaşlı istismarı kavramı hakkında bilgi sahibi olanların %38,2'si bu kavramı en çok sosyal medyadan duyduklarını belirtirken, bunu %31,1 ile lisans eğitimi ve %27,6 ile sosyal çevre takip etmekteydi. En düşük oran ise %5,3 ile kongre aracılığıyla duyanlardı.

Katılımcılar çoğunlukla (%75) yaşlı ihmal ve istismarla ilgili güncel bilgileri takip etmiyordu. Araştırmaya katılan bireylerin %56,1'i sağlık çalışanlarının yaşlı istismarını fark edebileceğini düşünürken, %25,9'u bu konuda olumsuz görüş bildirdi. Katılımcıların %18'i ise bu konuda fikrinin olmadığını belirtti.

Yaşlı istismarının geriatrik yaş grubu için önemli bir sorun olup olmadığına dair sorulmuş soruya bakıldığında, katılımcıların %90,4'ü bu durumun ciddi bir problem olduğunu; %0,4'lük bir kesim yaşlı istismarının önemli bir sorun olmadığını düşünürken, %9,2'lik bir oran ise konuya dair net bir görüş belirtmedi.

Yaşlı istismarının kentlerde kırsal bölgelere oranla daha fazla olup olmadığına yönelik soruya verilen cevaplarda ise, katılımcıların %49,1'i kentlerde yaşlı istismarının daha yaygın olduğunu belirtirken, %18,4'ü bu soruya "*hayır*" cevabını verdi. Katılımcıların %32,5'i ise "*fikrim yok*" şıkkını işaretledi.

Türkiye genelinde yaşlı istismarının çok önemli bir sorun olup olmadığı sorusuna katılımcıların %59,2'si "*evet*" yanıtını verirken, %11,4'ü bu görüşe katılmadığını, %29,4'ü ise konu hakkında fikrinin olmadığını bildirdi.

Katılımcıların yaşlı istismar türlerine dair bilgi düzeyi incelendiğinde, en fazla bilinen istismar türü %71,9 oranıyla psikolojik istismardı. Bunu sırasıyla %69,7 ile fiziksel istismar, %68 ile ekonomik istismar, %67,5 ile ihmal ve %38,2 ile cinsel istismar takip etti. Katılımcıların %5,3'ü ise herhangi bir istismar türünü bilmediğini ifade etti. Yaşlı istismarını belirlemeye yönelik tarama testlerinin varlığı hakkında katılımcılara yöneltilen soruya verilen yanıtlar değerlendirildiğinde, %69,7'lik bir kesimin bu testlerin varlığıyla ilgili bir fikrinin olmadığı görüldü. %15,4'lük bir oran bu tür testlerin var olduğunu belirtirken, %14,9'luk bir kesim ise böyle bir tarama testinin olmadığını düşündüğünü ifade etti.

Sağlık çalışanlarının yaşlı istismarını bildirme konusunda yasal zorunluluğu olup olmadığına ilişkin soruya katılımcıların %63,1'i "*evet*" yanıtını verdi. Buna karşın %3,1'lik bir kesim böyle bir zorunluluğun olmadığını düşünürken, %33,8'i ise konu hakkında fikir sahibi olmadığını belirtti. Yaşlı istismarına yönelik yasal düzenlemeler hakkında bilgi sahibi olup olmadıklarını belirten katılımcılar incelendiğinde, büyük bir çoğunluğun (%88,6) bu konuda bilgi sahibi olmadığı görüldü. Yalnızca %11,4'lük bir kesim, yaşlı istismarıyla ilgili yasal düzenlemeler hakkında bilgi sahibi olduğunu belirtti.

**Tablo 4. 3.**Katılımcıların Yaşlı İhmal ve İstismarıyla İlgili Bilgi Düzeylerinin Dağılımları (n=228)

| | n | % |
|---|---|---|
| **Daha önce yaşlı istismarı kavramını duyma** | | |
| Evet | 199 | 87,3 |
| Hayır | 29 | 12,7 |
| **Yaşlı istismarı kavramını nereden duydunuz?** * | | |
| Sosyal medya | 87 | 38,2 |
| Lisans eğitimi | 71 | 31,1 |
| Sosyal çevre | 63 | 27,6 |
| Televizyon | 39 | 17,1 |
| Dergi-kitap | 36 | 15,8 |
| Kongre | 12 | 5,3 |
| **Yaşlı ihmal ve istismarıyla ilgili güncel bilgileri takip etme durumu** | | |
| Evet | | |
| Hayır | 57 | 25,0 |
| | 171 | 75,0 |
| **Sizce sağlık çalışanları yaşlı istismarını fark edebilir mi?** | | |
| Evet | | |
| Hayır | 128 | 56,1 |
| Fikrim yok | 59 | 25,9 |
| | 41 | 18,0 |
| **Sizce yaşlı istismarı geriatrik yaş grubu için önemli bir problem midir?** | | |
| Evet | 206 | 90,4 |
| Hayır | 1 | 0,4 |
| Fikrim yok | 21 | 9,2 |
| **Sizce yaşlı istismarı kentlerde kırsal alana göre daha mı fazladır?** | | |
| Evet | | |
| Hayır | 112 | 49,1 |
| Fikrim yok | 42 | 18,4 |
| | 74 | 32,5 |
| **Sizce yaşlı istismarı Türkiye'de çok önemli bir sorun mudur?** | | |
| Evet | | |
| Hayır | 135 | 59,2 |
| Fikrim yok | 26 | 11,4 |
| | 67 | 29,4 |
| **Yaşlı istismar türlerinden hangilerini biliyorsunuz?** * | | |
| Psikolojik istismar | 164 | 71,9 |
| Fiziksel istismar | 159 | 69,7 |
| Ekonomik istismar | 155 | 68,0 |
| İhmal | 154 | 67,5 |
| Cinsel istismar | 87 | 38,2 |
| Hiçbiri | 12 | 5,3 |
| **Yaşlı istismarını anlamak için tarama testi varlığını bilme durumu** | | |
| Evet | | |
| Hayır | 35 | 15,4 |
| Fikrim yok | 34 | 14,9 |
| | 159 | 69,7 |
| **Sizce sağlık çalışanlarının yaşlı istismarını bildirmede yasal zorunluluğu var mıdır?** | | |
| Evet | 144 | 63,1 |
| Hayır | 7 | 3,1 |
| Fikrim yok | 77 | 33,8 |
| **Yaşlı istismarına yönelik yasal düzenlemelerle ilgili bilginiz var mı?** | | |
| Evet | | |
| Hayır | 26 | 11,4 |
| | 202 | 88,6 |

***** *Birden fazla işaretleme yapılmıştır.*

Tablo 4. 4.'te araştırmaya katılan bireylerin yaşlı istismarı için risk faktörlerine dair görüşleri verilmiştir. En yüksek oranda düşünülen faktörün %92,7 ile yalnız yaşama olduğu görüldü. Bunu %90,4 ile fiziksel yetersizliği olma, %86 ile dul olma, %81,6 ile "*bakımevlerinde yaşama*" ve %80,3 oranıyla kadın olma ile ekonomik düzeyin düşük olması takip etti. Katılımcıların %78,5'i alkol ve madde kullanımını bir risk faktörü olarak değerlendirirken, %41,7'si kalabalık ailede yaşamanın da istismar riskini artırabileceğini belirtti. Buna karşılık, ekonomik düzeyin yüksek olması faktörü daha düşük bir oranda (%34,2) risk faktörü olarak görüldü.

**Tablo 4. 4.**Katılımcıların yaşlı istismar risk faktörleri hakkındaki görüşlerinin dağılımı (n=228) *

| **Yaşlı istismarı için risk faktörleri*** | **n** | **%** |
|---|---|---|
| Yalnız yaşama | 209 | 92,7 |
| Fiziksel yetersizliği olma | 206 | 90,4 |
| Dul olma | 196 | 86,0 |
| Bakımevlerinde yaşama | 186 | 81,6 |
| Kadın olma | 183 | 80,3 |
| Ekonomik düzeyin düşük olması | 183 | 80,3 |
| Alkol, madde kullanımı | 179 | 78,5 |
| Kalabalık ailede yaşama | 95 | 41,7 |
| Ekonomik düzeyin yüksek olması | 78 | 34,2 |

* *Birden fazla işaretleme yapılmıştır*.

Birinci basamak sağlık çalışanlarının Yİİ hakkındaki tutum ve davranışları Tablo 4. 5.'te incelendiğinde, katılımcıların %75'inin yaşlı istismarını tespit etme konusunda kendini yeterli hissetmediği belirlendi. Benzer şekilde, yaşlı istismarını bildirme konusunda da %78,5 oranında kişi yetersizlik hissettiğini ifade etti.

Sağlık çalışanlarının %49,1'i istismarı yönetmenin fazla zaman aldığını düşünürken, %32,5'i bunun az zaman aldığını, %10,1'i ise çok fazla zaman gerektirdiğini belirtti.

ASM'lere başvuran 65 yaş üstü hastalarda yaşlı istismarının akıllarına gelme sıklığı değerlendirildiğinde, katılımcıların %69,3'ü nadiren düşündüğünü, %15,8'i genellikle aklına geldiğini ve %2,6'sı her zaman bu ihtimali göz önünde bulundurduğunu ifade etti.

Son 12 ay içinde yaşlı ihmal veya istismarıyla karşılaşma durumlarına bakıldığında, katılımcıların %58,3'ü böyle bir durumla karşılaşmadığını belirtti. Karşılaşanların %23,4'ü yaşlı bireyin kendisinin durumu ifade ettiğini, %13,9'u kendisinin fark ettiğini, %4,4'ü ise akraba veya komşuların durumu bildirdiğini belirtti.

**Tablo 4. 5.**Katılımcıların Yaşlı İhmal ve İstismarına Karşı Tutum ve Davranışlarının Dağılımı (n=228)

| | **n** | **%** |
|---|---|---|
| **Yaşlı istismarını tespit etmede yeterli hissetme durumu** | | |
| Evet | 57 | 25,0 |
| Hayır | 171 | 75,0 |
| **Yaşlı istismarını bildirme konusunda yeterli hissetme durumu** | | |
| Evet | 49 | 21,5 |
| Hayır | 179 | 78,5 |
| **İstismarı yönetmenin ne kadar zaman aldığını düşünüyorsunuz?** | | |
| Çok az | 19 | 8,3 |
| Az | 74 | 32,5 |
| Fazla | 112 | 49,1 |
| Çok fazla | 23 | 10,1 |
| **ASM'ye başvuran 65 yaş üzeri hastalarda yaşlı istismarı ne sıklıkla aklınıza gelir?** | | |
| Hiçbir zaman | 28 | 12,3 |
| Nadiren | 158 | 69,3 |
| Genellikle | 36 | 15,8 |
| Her zaman | 6 | 2,6 |
| **Son 12 ay içinde yaşlı ihmal veya istismarıyla karşılaştıysanız nasıl fark ettiniz?** | | |
| Karşılaşmadım | 133 | 58,3 |
| Yaşlı kişi kendi söyledi | 53 | 23,4 |
| Ben fark ettim | 32 | 13,9 |
| Akrabaları/komşuları söyledi | 10 | 4,4 |

Çalışmaya katılan sağlık çalışanlarının Yİİ'den şüphelenmelerine neden olan bulgular incelendiğinde (Tablo 4.6.), en sık şüphe uyandıran durumların %85,1 oranıyla benzer yaralanmalar nedeniyle sık sık sağlık kuruluşuna başvurulması ve %79,8 oranıyla hijyen sorunları ile kesikler, kırıklar ve çürüklerin varlığı olduğu görüldü. Bunun yanı sıra, hasta yakını ile hasta anamnezinin tutarsız olması (%79,4), yaklaşıldığında ya da dokunulduğunda irkilme (%78,5), klinik durum ile öykünün uyuşmaması (%74,1) ve yetersiz beslenme (%70,6) gibi belirtiler de sağlık çalışanlarını şüphelendiren önemli faktörler arasında yer almaktaydı. Ayrıca, hastanın

soruları cevaplarken bakım verene bakması (%69,7), uygun olmayan giyim (%67,5), anal bölgede ağrı veya zedelenme (%67,5) ve gözlerde şişlik, göz altında morluk ya da konjonktival-retinal kanamalar (%64,5) gibi fiziksel bulgular da istismar şüphesini artıran etmenlerdendi. Tıbbi yardımların olmaması ya da düzenli kullanılmaması (%54,4), yetersiz göz teması (%57,5) ve içe kapanık mizaç (%61,0) gibi davranışsal faktörler de sağlık çalışanları tarafından ihmal veya istismar şüphesi uyandıran belirtiler olarak değerlendirilmişti.

**Tablo 4. 6.**Katılımcıların Yaşlı İhmal ve İstismarından Şüphelendikleri Durumların Dağılımı (n=228) *

| | | |
|---|---|---|
| Benzer yaralanmalar için sık sık sağlık kuruluşuna gelme | 194 | 85,1 |
| Kesikler, kırıklar, çürükler | 182 | 79,8 |
| Hijyen sorunları | 182 | 79,8 |
| Hasta yakını ve hasta anamnezinin tutarsız olması | 181 | 79,4 |
| Yaklaşıldığı ya da dokunulduğunda irkilme | 179 | 78,5 |
| Klinik durum ile öykünün uyuşmaması | 169 | 74,1 |
| Yetersiz beslenme | 161 | 70,6 |
| Soruları cevaplarken bakım verene bakma | 159 | 69,7 |
| Uygun olmayan giyim | 154 | 67,5 |
| Anal bölgede ağrı/zedelenme | 154 | 67,5 |
| Tıbbi tedavinin gecikmesi/ Tıbbi tedavilerin uygun kullanılmaması | 148 | 64,9 |
| Gözlerde şişlik, göz altında morluk, konjonktival retinal kanamalar | 147 | 64,5 |
| Uygunsuz ve anksiyeteli beden dili | 145 | 63,6 |
| İçe kapanık mizaç | 139 | 61,0 |
| Yetersiz göz teması | 131 | 57,5 |
| Tıbbi yardımların olmaması ya da düzenli kullanılmaması (örn. ilaç, baston, gözlük) | 124 | 54,4 |

* *Birden fazla işaretleme yapılmıştır.*

Çalışmaya katılan sağlık çalışanlarının Yaşlı İstismar Şüphe İndeksi (EASI) © kullanım sıklığı Tablo 4. 7.'de incelenmiştir. İndeksi her zaman kullanan yoktu, 9,6'sı "*bazen*" kullandığını ve %90,4'ü ise "*hiçbir zaman*" kullanmadığını belirtti. EASI © sorularının yöneltilme sıklığına bakıldığında, "*Şunlardan herhangi birisi için başkalarına bel bağladığınız oldu mu: yıkanma, giyinme, alışveriş, banka işlemleri veya yemek?*" sorusunun %11,4 oranında "*her zaman*", %50,4 oranında "*bazen*" ve %38,2 oranında "*hiçbir zaman*" yöneltildiği görülmekteydi. Benzer şekilde, "*Herhangi bir kişi yemek yemenizi, giyinmenizi, ilaç almanızı, gözlük takmanızı, işitme cihazı kullanmanızı, tıbbi bakım almanızı veya istediğiniz kişilerle birlikte olmanızı engelledi mi?*" sorusu sağlık çalışanlarının %10,5'i tarafından "*her zaman*", %45,2'si

tarafından "*bazen*" ve %44,3'ü tarafından ise "*hiçbir zaman*" yöneltilmişti. "*Herhangi bir kişi sizinle, kendinizi utanmış veya tehdit edilmiş gibi hissettirecek şekilde konuştuğu için üzüldünüz mü*?" sorusunu sağlık çalışanlarının %10,5'i "*her zaman*", %39,5'i "*bazen*" ve %49,6'sı "*hiçbir zaman*" yönelttiğini belirtmişti. "*Herhangi bir kişi sizi, istemediğiniz halde, kâğıt imzalamaya veya paranızı kullanmaya zorlamaya çalıştı mı*?" sorusunun ise %12,3 oranında "*her zaman*", %38,6 oranında "*bazen*" ve %49,1 oranında "*hiçbir zaman*" sorulmadığı tespit edilmişti. Son olarak, "*Herhangi bir kişi sizi korkuttu mu, istemediğiniz şekilde size dokundu mu veya size fiziksel olarak zarar verdi mi*?" sorusu sağlık çalışanlarının %14,5'i tarafından "*her zaman*", %38,2'si tarafından "*bazen*" ve %47,4'ü tarafından "*hiçbir zaman*" yöneltilmemişti.

**Tablo 4. 7.**Katılımcıların Yaşlı İstismarı Şüphe İndeksini Kullanma Sıklığının Dağılımı (n=228)

| | **Her zaman** | | **Bazen** | | **Hiçbir zaman** | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | **n** | **%** | **n** | **%** | **n** | **%** |
| **Yaşlı İstismar Şüphe İndeksi (EASI) © kullanma sıklığı** | 0 | 0 | 22 | 9,6 | 206 | 90,4 |
| | **Her zaman** | | **Bazen** | | **Hiçbir zaman** | |
| **EASI © sorularını ne sıklıkla yöneltirsiniz?** | **n** | **%** | **n** | **%** | **n** | **%** |
| Şunlardan herhangi birisi için başkalarına bel bağladığınız oldu mu: yıkanma, giyinme, alışveriş, banka işlemleri veya yemek? | 26 | 11,4 | 115 | 50,4 | 87 | 38,2 |
| Herhangi bir kişi yemek yemenizi, giyinmenizi, ilaç almanızı, gözlük takmanızı, işitme cihazı kullanmanızı, tıbbi bakım almanızı veya istediğiniz kişilerle birlikte olmanızı engelledi mi? | 24 | 10,5 | 103 | 45,2 | 101 | 44,3 |
| Herhangi bir kişi sizinle, kendinizi utanmış veya tehdit edilmiş gibi hissettirecek şekilde konuştuğu için üzüldünüz mü? | 24 | 10,5 | 90 | 39,5 | 113 | 49,6 |
| Herhangi bir kişi sizi, istemediğiniz halde, kâğıt imzalamaya veya paranızı kullanmaya zorlamaya çalıştı mı? | 28 | 12,3 | 88 | 38,6 | 112 | 49,1 |
| Herhangi bir kişi sizi korkuttu mu, istemediğiniz şekilde size dokundu mu veya size fiziksel olarak zarar verdi mi? | 33 | 14,5 | 87 | 38,2 | 108 | 47,4 |

Çalışmaya katılan sağlık çalışanlarının Yİİ ile karşılaştıklarında izledikleri yollar incelendiğinde (Tablo 4. 8.), %4,4'ünün sadece klinik müdahalede bulunduğu, %17,5'inin aileyi uyararak önerilerde bulunduğu belirlendi. Bununla birlikte, %50,9 oranındaki katılımcının yaşlı istismarı ve ihmaliyle karşılaştığında resmi makamlara bildirimde bulunduğu, %27,2'sinin ise bu konuda kararsız olduğu görüldü.

**Tablo 4. 8.** Katılımcıların Yaşlı İhmal ve İstismarıyla Karşılaşırlarsa İzleyecekleri Yol (n=228)

| | **n** | **%** |
|---|---|---|
| Bildirimde bulunurum | 116 | 50,9 |
| Kararsızım | 62 | 27,2 |
| Aileyi uyarırım, önerilerde bulunurum | 40 | 17,5 |
| Sadece klinik müdahalede bulunurum | 10 | 4,4 |

Tablo 4.9.'a göre çalışmaya katılan sağlık çalışanlarının son 12 ay içerisinde Yİİ ile karşılaşıp karşılaşmadıkları değerlendirildiğinde, %58,3'ünün herhangi bir vakayla karşılaşmadığı, %30,7'sinin bildirimde bulunmadığı, yalnızca %11'inin resmi makamlara bildirimde bulunduğu belirlendi. Son 12 ay içinde sağlık çalışanlarının en fazla bildirdiği yaşlı istismar türü %6,6 ile ihmal olurken, bunu %4,8 ile psikolojik istismar, %6,2 ile fiziksel istismar, %3,9 ile ekonomik istismar ve %0,0 ile cinsel istismar takip etmekteydi. Ancak, %89,0 gibi yüksek bir oranda katılımcıların herhangi bir istismar türüyle karşılaşmadığı veya bildirmediği görülmekteydi. Bildirimde bulunan sağlık çalışanlarının izledikleri yollar incelendiğinde, %2,6'sının polise haber verdiği, %2,2'sinin adli bildirimde bulunduğu ve sosyal hizmetlere bildirim yaptığı, %0,9'unun ise savcılığa yazılı bildirimde bulunduğu belirlendi. Bununla birlikte, %87,7 gibi yüksek bir oranın istismarla karşılaşmadığını veya bildirimde bulunmadığını ifade ettiği görülmekteydi.

**Tablo 4. 9.**Katılımcıların Yaşlı İhmal ve İstismarına Karşı Tutum ve Davranışlarının Dağılımı (n=228)*

| **Son 12 ayda yaşlı ihmal ve istismarıyla karşılaştığınızda bildirimde bulundunuz mu?** | **n** | **%** |
|---|---|---|
| Evet | 25 | 11,0 |
| Hayır | 70 | 30,7 |
| Karşılaşmadım | 133 | 58,3 |
| **Son 12 ayda yaşlı ihmal ve istismar türlerinden en çok hangilerini bildirdiniz?** * | **n** | **%** |
| Hiçbiri | 203 | 89,0 |
| İhmal | 15 | 6,6 |
| Psikolojik istismar | 11 | 4,8 |
| Fiziksel istismar | 14 | 6,2 |
| Ekonomik istismar | 9 | 3,9 |
| Cinsel istismar | 0 | 0,0 |
| **Eğer bildirimde bulunduysanız nasıl bir yol izlediniz?** | **n** | **%** |
| Karşılaşmadım/ Bildirimde bulunmadım. | 200 | 87,7 |
| Diğer | 10 | 4,4 |
| Polise haber verdim. | 6 | 2,6 |
| Sosyal hizmetlere bildirim yaptım. | 5 | 2,2 |
| Adli bildirimde bulundum. | 5 | 2,2 |
| Savcılığa yazılı bildirim yaptım. | 2 | 0,9 |

* *Birden fazla işaretleme yapılmıştır*

Sağlık çalışanlarının Yİİ'ye yönelik bildirimde bulunmama nedenleri Tablo 4.10.'da incelendiğinde, en sık belirtilen sebebin %49,6 ile konu hakkında yeterli bilgi ve deneyime sahip olmama olduğu görülmekteydi. Bunu %46,9 ile bildirim sonucunda ortaya çıkabilecek sorunlara karşı sağlık çalışanlarının yeterince korunmadığına dair endişeler takip etmekteydi. Bunun yanı sıra, %28,9 oranında katılımcının iş yeri yoğunluğu nedeniyle vakit ayıramadığını belirttiği, %21,9'unun hasta gizliliğini ihlal etmek istemediğini ifade ettiği ve %17,5'inin ise hastaların daha çok klinik problemlerinin kendilerini ilgilendirdiğini düşündüğünü dile getirdiği tespit edilmişti.

**Tablo 4. 10.**Katılımcıların Yaşlı İhmal ve İstismarı Hakkında Bildirimde Bulunmama Nedenleri (n=228)*

| | n | % |
|---|---|---|
| Yaşlı ihmal ve istismar konusunda yeterli bilgi ve deneyime sahip değilim. | 113 | 49,6 |
| Bildirim sonucunda ortaya çıkacak sorunlara karşı sağlık çalışanlarının yeterince korunmadığını düşünüyorum. | 107 | 46,9 |
| İş yeri yoğunluğu nedeniyle vakit ayıramıyorum. | 66 | 28,9 |
| Hasta gizliliğini ihlal etmek istemiyorum. | 50 | 21,9 |
| Hastanın daha çok klinik problemlerinin beni ilgilendirdiğini düşünüyorum. | 40 | 17,5 |

** Birden fazla işaretleme yapılmıştır*

Yİİ'yi önlemeye yönelik önerilere bakıldığında (Tablo 4.11.), en fazla destek gören çözümün %76,8 oranıyla yasal düzenlemelerin yapılması olduğu görülmekteydi. Bunu %75,9 ile toplumsal farkındalık kazandırılması ve %75,4 ile yaşlılara hizmet veren meslek gruplarının bilinçlendirilmesi takip etmekteydi. Bunun yanı sıra, %70,2 oranında katılımcı risk altındaki yaşlı nüfusun yaşadığı alanların denetlenmesi gerektiğini belirtirken, %54,4'ü sağlık çalışanlarına yaşlı istismar vakalarını bildirme zorunluluğu getirilmesi gerektiğini ifade etti. Katılımcıların %2,6'sı ise farklı önerilerde bulundu.

**Tablo 4. 11.**Yaşlı İhmal ve İstismarını Engellemeye Yönelik Öneriler (n=228)*

| | n | % |
|---|---|---|
| Yasal düzenlemeler yapılmalı | 175 | 76,8 |
| Yaşlılara hizmet veren meslek grupları bilinçlendirilmeli | 172 | 75,4 |
| Toplumsal farkındalık kazandırılmalı | 173 | 75,9 |
| Risk altındaki yaşlı nüfusun yaşadığı alanlar denetlenmeli | 160 | 70,2 |
| Yaşlılarla yakın ilişkide bulunan sağlık çalışanlarına yaşlı istismar vakalarını bildirme zorunluluğu getirilmeli | 124 | 54,4 |
| Diğer | 6 | 2,6 |

** Birden fazla işaretleme yapılmıştır*

Tablo 4.12.'de çalışmaya katılan sağlık çalışanlarının sosyodemografik özellikleriyle son 12 ay içerisinde ASM'ye başvuran 65 yaş ve üzeri hastalarda ihmal ve istismar bulgusunu fark etme durumu karşılaştırıldı. Yaş, cinsiyet, medeni durum, meslek, meslek yılı ve 65 yaş ve üzeri bireyle yaşama durumu ile son 12 ay içerisinde ASM'ye başvuran 65 yaş ve üzeri hastalarda ihmal ve istismarı fark etme durumu arasında anlamlı bir fark saptanmadı ($p>0,05$). Çalıştığı ASM'ye başvuran günlük hasta sayısı 0-50 arasında olan katılımcıların, Yİİ'yi fark etme durumları, günlük hasta

sayısı 51-150 ve 151-500 arasında olan katılımcılara göre daha düşük bulundu (p = 0,010). Benzer şekilde, ASM birimine başvuran günlük 65 yaş ve üzeri hasta sayısı 0-25 arasında olan katılımcıların, Yİİ'yi fark etme durumları daha düşük bulundu (p = 0,032).

**Tablo 4. 12.**Katılımcıların Sosyodemografik Özellikleriyle ASM'ye Başvuran 65 Yaş ve Üzeri Hastalarda İhmal ve İstismar Bulgusunu Fark Etme Durumu

| **Sosyodemografik Özellikler** | **Evet** | | **Hayır** | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | **n** | **%** | **n** | **%** | **p*** |
| **Yaş** | | | | | |
| 40 yaş altı | 46 | 40,7 | 67 | 59,3 | 0,771 |
| 40 yaş ve üzeri | 49 | 42,6 | 66 | 57,4 | |
| **Cinsiyet** | | | | | |
| Kadın | 62 | 40,0 | 93 | 60,0 | 0,457 |
| Erkek | 33 | 45,2 | 40 | 54,8 | |
| **Medeni Durum** | | | | | |
| Evli | 76 | 39,8 | 115 | 60,2 | 0,261 |
| Bekâr / Dul | 19 | 51,4 | 18 | 48,6 | |
| **Meslek** | | | | | |
| Hekim | 45 | 43,3 | 59 | 56,7 | 0,653 |
| Diğer sağlık personeli | 50 | 40,3 | 74 | 59,7 | |
| **Meslek Yılı** | | | | | |
| 1-10 yıl | 34 | 47,2 | 38 | 52,8 | 0,248 |
| 10 yıldan fazla | 61 | 39,1 | 95 | 60,9 | |
| **65 yaş üzeri bireyle yaşama durumu** | | | | | |
| Evet | 11 | 57,9 | 8 | 42,1 | 0,209 |
| Hayır | 84 | 40,2 | 125 | 59,8 | |
| **ASM birimine başvuran günlük hasta sayısı** | | | | | |
| 0-50 hasta | 13 | 26,0 | 37 | 74,0 | **0,010** |
| 51-150 hasta | 58 | 42,6 | 78 | 57,4 | |
| 151-500 hasta | 24 | 57,1 | 18 | 42,9 | |
| **ASM birimine başvuran günlük 65 yaş üzeri hasta sayısı** | | | | | |
| 0-25 hasta | 26 | 31,3 | 57 | 68,7 | **0,032** |
| 26-75 hasta | 51 | 50,5 | 50 | 49,5 | |
| 76-250 hasta | 18 | 40,9 | 26 | 59,1 | |

*Ki-kare testi

Araştırmaya katılan sağlık çalışanlarının sosyodemografik özelliklerinin yaşlı ihmal ve istismar eğitiminin gerekliliği hakkındaki görüşlerine göre dağılımı tablo 4.13.'te karşılaştırılmıştır ve anlamlı bir fark bulunmadı (p>0,05).

**Tablo 4. 13.**Katılımcıların Sosyodemografik Özelliklerinin Yaşlı İhmal ve İstismarı Eğitiminin Gerekliliği Hakkındaki Görüşlerine Göre Dağılımı

| Sosyodemografik özellikler | Yaşlı ihmal ve istismarı konusundaki eğitimin gerekli olduğunu düşünme durumu | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | Evet | | Hayır | | |
| | n | % | n | % | p* |
| **Yaş** | | | | | |
| 40 yaş altı | 91 | 80,5 | 22 | 19,5 | 0,795 |
| 40 yaş ve üzeri | 90 | 78,3 | 25 | 21,7 | |
| **Cinsiyet** | | | | | |
| Kadın | 124 | 80,0 | 31 | 20,0 | 0,874 |
| Erkek | 57 | 78,1 | 16 | 21,9 | |
| **Medeni Durum** | | | | | |
| Evli | 154 | 80,6 | 37 | 19,4 | 0,406 |
| Bekâr / Dul | 27 | 73,0 | 10 | 27,0 | |
| **Meslek** | | | | | |
| Hekim | 83 | 79,8 | 21 | 20,2 | 1,000 |
| Diğer sağlık personeli | 98 | 79,0 | 26 | 21,0 | |
| **Meslek Yılı** | | | | | |
| 1-10 yıl | 59 | 81,9 | 13 | 18,1 | 0,636 |
| 10 yıldan fazla | 122 | 78,2 | 34 | 21,8 | |
| **65 yaş üzeri bireyle yaşama durumu** | | | | | |
| Evet | 16 | 84,2 | 3 | 15,8 | 0,771** |
| Hayır | 165 | 78,9 | 44 | 21,1 | |
| **ASM birimine başvuran günlük hasta sayısı** | | | | | |
| 0-50 hasta | 41 | 82,0 | 9 | 18,0 | 0,632 |
| 51-150 hasta | 105 | 77,2 | 31 | 22,8 | |
| 151-500 hasta | 35 | 83,3 | 7 | 16,7 | |
| **ASM birimine başvuran günlük 65 yaş üzeri hasta sayısı** | | | | | |
| 0-25 hasta | 67 | 80,7 | 16 | 19,3 | 0,932 |
| 26-75 hasta | 79 | 78,2 | 22 | 21,8 | |
| 76-250 hasta | 35 | 79,5 | 9 | 20,5 | |

*Ki-kare testi **Fisher Exact Test

Tablo 4.14.'te katılımcıların yaş, cinsiyet, medeni durum, meslek, meslek yılı,65 yaş üstü bireyle aynı evde yaşama durumu, ASM birimine başvuran günlük ve 65 yaş üstü hasta sayısı ile yaşlı ihmal ve istismar kavramını daha önce duymuş olma durumlarına bakıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki görülmedi (p>0,05).

**Tablo 4. 14.**Katılımcıların Sosyodemografik Özelliklerinin Yaşlı İhmal ve İstismarını Daha Önce Duyma Durumlarına Göre Dağılımı

| Sosyodemografik özellikler | Daha önce yaşlı istismar kavramını duyma durumu | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | Evet | | Hayır | | |
| | n | % | n | % | p* |
| **Yaş** | | | | | |
| 40 yaş altı | 99 | 87,6 | 14 | 12,4 | 1,000 |
| 40 yaş ve üzeri | 100 | 87,0 | 15 | 13,0 | |
| **Cinsiyet** | | | | | |
| Kadın | 137 | 88,4 | 18 | 11,6 | 0,605 |
| Erkek | 62 | 84,9 | 11 | 15,1 | |
| **Medeni Durum** | | | | | |
| Evli | 168 | 88,0 | 23 | 12,0 | 0,589** |
| Bekâr / Dul | 31 | 83,8 | 6 | 16,2 | |
| **Meslek** | | | | | |
| Hekim | 90 | 86,5 | 14 | 13,5 | 0,914 |
| Diğer sağlık personeli | 109 | 87,9 | 15 | 12,1 | |
| **Meslek Yılı** | | | | | |
| 1-10 yıl | 64 | 88,9 | 8 | 11,1 | 0,778 |
| 10 yıldan fazla | 135 | 86,5 | 21 | 13,5 | |
| **65 yaş üzeri bireyle yaşama durumu** | | | | | |
| Evet | 17 | 89,5 | 2 | 10,5 | 1,000** |
| Hayır | 182 | 87,1 | 27 | 12,9 | |
| **ASM birimine başvuran günlük hasta sayısı** | | | | | |
| 0-50 hasta | 46 | 92,0 | 4 | 8,0 | 0,550 |
| 51-150 hasta | 117 | 86,0 | 19 | 14,0 | |
| 151-500 hasta | 36 | 85,7 | 6 | 14,3 | |
| **ASM birimine başvuran günlük 65 yaş üzeri hasta sayısı** | | | | | |
| 0-25 hasta | 73 | 88,0 | 10 | 12,0 | 0,312 |
| 26-75 hasta | 85 | 84,2 | 16 | 15,8 | |
| 76-250 hasta | 41 | 93,2 | 3 | 6,8 | |

*Ki-kare testi **Fisher Exact Test

Tablo 4.15.'e göre, katılımcıların sosyodemografik özellikleri ile Yİİ hakkında güncel bilgi takip etme durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadı (p>0,05).

**Tablo 4. 15.**Katılımcıların Sosyodemografik Özelliklerinin Yaşlı İhmal ve İstismarı Hakkında Güncel Bilgi Takip Etme Durumlarına Göre Dağılımı

| Sosyodemografik özellikler | Yİİ ile ilgili güncel bilgileri takip etme durumu | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | Evet | | Hayır | | |
| | n | % | n | % | p* |
| **Yaş** | | | | | |
| 40 yaş altı | 28 | 24,8 | 85 | 75,2 | 0,939 |
| 40 yaş ve üzeri | 29 | 25,2 | 86 | 74,8 | |
| **Cinsiyet** | | | | | |
| Kadın | 40 | 25,8 | 115 | 74,2 | 0,806 |
| Erkek | 17 | 23,3 | 56 | 76,7 | |
| **Medeni Durum** | | | | | |
| Evli | 48 | 25,1 | 143 | 74,9 | 1,000 |
| Bekâr / Dul | 9 | 24,3 | 28 | 75,7 | |
| **Meslek** | | | | | |
| Hekim | 20 | 19,2 | 84 | 80,8 | 0,065 |
| Diğer sağlık personeli | 37 | 29,8 | 87 | 70,2 | |
| **Meslek Yılı** | | | | | |
| 1-10 yıl | 20 | 27,8 | 52 | 72,2 | 0,622 |
| 10 yıldan fazla | 37 | 23,7 | 119 | 76,3 | |
| **65 yaş üzeri bireyle yaşama durumu** | | | | | |
| Evet | 3 | 15,8 | 16 | 84,2 | 0,417** |
| Hayır | 54 | 25,8 | 155 | 74,2 | |
| **ASM birimine başvuran günlük hasta sayısı** | | | | | |
| 0-50 hasta | 13 | 26,0 | 37 | 74,0 | 0,869 |
| 51-150 hasta | 35 | 25,7 | 101 | 74,3 | |
| 151-500 hasta | 9 | 21,4 | 33 | 78,6 | |
| **ASM birimine başvuran günlük 65 yaş üzeri hasta sayısı** | | | | | |
| 0-25 hasta | 21 | 25,3 | 62 | 74,7 | 0,433 |
| 26-75 hasta | 22 | 21,8 | 79 | 78,2 | |
| 76-250 hasta | 14 | 31,8 | 30 | 68,2 | |

*Ki-kare testi **Fisher Exact Test

Katılımcıların sosyodemografik özelliklerinin sağlık çalışanlarının Yİİ'yi fark edebilmesi hakkındaki görüşlerine göre dağılımı Tablo 4.16 'da sunulmaktadır. Diğer sağlık personelinin hekimlere kıyasla daha yüksek bir oranla, sağlık çalışanlarının çoğunun Yİİ'yi fark edebilmesi gerektiğini düşündüğü görüldü (p=0,048).

**Tablo 4. 16.**Katılımcıların Sosyodemografik Özelliklerinin Sağlık Çalışanlarının Yaşlı İhmal ve İstismarını Fark Edebilmesi Hakkındaki Görüşlerine Göre Dağılımı

| Sosyodemografik özellikler | Hekim veya sağlık çalışanlarının yaşlı istismarının çoğunu fark etme durumu | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | Evet | | Hayır | | |
| | n | % | n | % | p* |
| **Yaş** | | | | | |
| 40 yaş altı | 59 | 52,2 | 54 | 47,8 | 0,236 |
| 40 yaş ve üzeri | 69 | 60,0 | 46 | 40,0 | |
| **Cinsiyet** | | | | | |
| Kadın | 92 | 59,4 | 63 | 40,6 | 0,154 |
| Erkek | 36 | 49,3 | 37 | 50,7 | |
| **Medeni Durum** | | | | | |
| Evli | 109 | 57,1 | 82 | 42,9 | 0,645 |
| Bekâr / Dul | 19 | 51,4 | 18 | 48,6 | |
| **Meslek** | | | | | |
| Hekim | 51 | 49,0 | 53 | 51,0 | **0,048** |
| Diğer sağlık personeli | 77 | 62,1 | 47 | 37,9 | |
| **Meslek Yılı** | | | | | |
| 1-10 yıl | 38 | 52,8 | 34 | 47,2 | 0,487 |
| 10 yıldan fazla | 90 | 57,7 | 66 | 42,3 | |
| **65 yaş üzeri bireyle yaşama durumu** | | | | | |
| Evet | 10 | 52,6 | 9 | 47,4 | 0,936 |
| Hayır | 118 | 56,5 | 91 | 43,5 | |
| **ASM birimine başvuran günlük hasta sayısı** | | | | | |
| 0-50 hasta | 22 | 44,0 | 28 | 56,0 | 0,144 |
| 51-150 hasta | 80 | 58,8 | 56 | 41,2 | |
| 151-500 hasta | 26 | 61,9 | 16 | 38,1 | |
| **ASM birimine başvuran günlük 65 yaş üzeri hasta sayısı** | | | | | |
| 0-25 hasta | 40 | 48,2 | 43 | 51,8 | 0,187 |
| 26-75 hasta | 61 | 60,4 | 40 | 39,6 | |
| 76-250 hasta | 27 | 61,4 | 17 | 38,6 | |

*Ki-kare testi

Katılımcıların sosyodemografik özelliklerinin geriatrik yaş grubu için Yİİ'nin önemliliği hakkındaki görüşlerine göre dağılımı Tablo 4.17.'de verilmektedir. 10 yıldan fazla mesleki deneyime sahip sağlık çalışanlarının, geriatrik yaş grubu için Yİİ'nin önemli bir problem olduğunu düşündükleri görüldü (p=0,028).

**Tablo 4. 17.**Katılımcıların Sosyodemografik Özelliklerinin Geriatrik Yaş Grubu İçin Yaşlı İhmal ve İstismarının Önemliliği Hakkındaki Görüşlerine Göre Dağılımı

| Sosyodemografik özellikler | Geriatrik yaş grubu için yaşlı istismarının önemli bir problem olduğunu düşünme durumu | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | Evet | | Hayır | | |
| | n | % | n | % | p* |
| **Yaş** | | | | | |
| 40 yaş altı | 100 | 88,5 | 13 | 11,5 | 0,474 |
| 40 yaş ve üzeri | 106 | 92,2 | 9 | 7,8 | |
| **Cinsiyet** | | | | | |
| Kadın | 139 | 89,7 | 16 | 10,3 | 0,794 |
| Erkek | 67 | 91,8 | 6 | 8,2 | |
| **Medeni Durum** | | | | | |
| Evli | 173 | 90,6 | 18 | 9,4 | 0,764** |
| Bekâr / Dul | 33 | 89,2 | 4 | 10,8 | |
| **Meslek** | | | | | |
| Hekim | 94 | 90,4 | 10 | 9,6 | 1,000 |
| Diğer sağlık personeli | 112 | 90,3 | 12 | 9,7 | |
| **Meslek Yılı** | | | | | |
| 1-10 yıl | 60 | 83,3 | 12 | 16,7 | **0,028** |
| 10 yıldan fazla | 146 | 93,6 | 10 | 6,4 | |
| **65 yaş üzeri bireyle yaşama durumu** | | | | | |
| Evet | 17 | 89,5 | 2 | 10,5 | 1,000 |
| Hayır | 189 | 90,4 | 20 | 9,6 | |
| **ASM birimine başvuran günlük hasta sayısı** | | | | | |
| 0-50 hasta | 43 | 86,0 | 7 | 14,0 | 0,446** |
| 51-150 hasta | 125 | 91,9 | 11 | 8,1 | |
| 151-500 hasta | 38 | 90,5 | 4 | 9,5 | |
| **ASM birimine başvuran günlük 65 yaş üzeri hasta sayısı** | | | | | |
| 0-25 hasta | 75 | 90,4 | 8 | 9,6 | 1,000 |
| 26-75 hasta | 91 | 90,1 | 10 | 9,9 | |
| 76-250 hasta | 40 | 90,9 | 4 | 9,1 | |

*Ki-kare testi **Fisher Exact Test

Tablo 4.18.'de katılımcıların sosyodemografik özelliklerinin Yİİ'nin kentsel-kırsal görünme oranları hakkındaki görüşlerine göre dağılımı gösterilmektedir. 40 yaş üstü katılımcıların kentsel bölgelerde Yİİ'nin daha fazla olduğunu düşündükleri görüldü (p = 0,005).

**Tablo 4. 18.**Katılımcıların Sosyodemografik Özelliklerinin Yaşlı İhmal ve İstismarının Kentsel-Kırsal Görünme Oranları Hakkındaki Görüşlerine Göre Dağılımı

| Sosyodemografik özellikler | Kentlerde Yİİ'nin kırsal alana göre daha fazla olduğunu düşünme durumu | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | Evet | | Hayır | | |
| | n | % | n | % | p* |
| **Yaş** | | | | | |
| 40 Yaş Altı | 45 | 39,8 | 68 | 60,2 | **0,005** |
| 40 Yaş ve Üzeri | 67 | 58,3 | 48 | 41,7 | |
| **Cinsiyet** | | | | | |
| Kadın | 72 | 46,5 | 83 | 53,5 | 0,240 |
| Erkek | 40 | 54,8 | 33 | 45,2 | |
| **Medeni Durum** | | | | | |
| Evli | 95 | 49,7 | 96 | 50,3 | 0,808 |
| Bekâr / Dul | 17 | 45,9 | 20 | 54,1 | |
| **Meslek** | | | | | |
| Hekim | 53 | 51,0 | 51 | 49,0 | 0,611 |
| Diğer Sağlık Personeli | 59 | 47,6 | 65 | 52,4 | |
| **Meslek Yılı** | | | | | |
| 1-10 yıl | 29 | 40,3 | 43 | 59,7 | 0,070 |
| 10 Yıldan Fazla | 83 | 53,2 | 73 | 46,8 | |
| **65 Yaş Üzeri Bireyle Yaşama Durumu** | | | | | |
| Evet | 9 | 47,4 | 10 | 52,6 | 1,000 |
| Hayır | 103 | 49,3 | 106 | 50,7 | |
| **ASM birimine başvuran günlük hasta sayısı** | | | | | |
| 0-50 hasta | 22 | 44,0 | 28 | 56,0 | 0,641 |
| 51-150 hasta | 70 | 51,5 | 66 | 48,5 | |
| 151-500 hasta | 20 | 47,6 | 22 | 52,4 | |
| **ASM birimine başvuran günlük 65 yaş üzeri hasta sayısı** | | | | | |
| 0-25 hasta | 45 | 54,2 | 38 | 45,8 | 0,421 |
| 26-75 hasta | 45 | 44,6 | 56 | 55,4 | |
| 76-250 hasta | 22 | 50,0 | 22 | 50,0 | |

*Ki-kare testi

Tablo 4.19'da katılımcıların sosyodemografik özelliklerinin Yİİ'nin Türkiye'deki önemi hakkındaki görüşlerine göre dağılımı sunulmaktadır. Sadece meslek grupları arasında anlamlı bir fark gözlendi. Diğer sağlık personelinin hekimlere kıyasla bu konuyu daha büyük bir sorun olarak değerlendirdiği bulundu (p = 0,004).

**Tablo 4. 19.**Katılımcıların Sosyodemografik Özelliklerinin Yaşlı İhmal ve İstismarının Türkiye'deki Önemi Hakkındaki Görüşlerine Göre Dağılımı

| Sosyodemografik özellikler | Yİİ'nin Türkiye'de çok önemli bir sorun olduğunu düşünme durumu | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | Evet | | Hayır | | |
| | n | % | n | % | p* |
| **Yaş** | | | | | |
| 40 Yaş Altı | 70 | 61,9 | 43 | 38,1 | 0,405 |
| 40 Yaş ve Üzeri | 65 | 56,5 | 50 | 43,5 | |
| **Cinsiyet** | | | | | |
| Kadın | 98 | 63,2 | 57 | 36,8 | 0,072 |
| Erkek | 37 | 50,7 | 36 | 49,3 | |
| **Medeni Durum** | | | | | |
| Evli | 112 | 58,6 | 79 | 41,4 | 0,829 |
| Bekâr / Dul | 23 | 62,2 | 14 | 37,8 | |
| **Meslek** | | | | | |
| Hekim | 51 | 49,0 | 53 | 51,0 | **0,004** |
| Diğer Sağlık Personeli | 84 | 67,7 | 40 | 32,3 | |
| **Meslek Yılı** | | | | | |
| 1-10 yıl | 47 | 65,3 | 25 | 34,7 | 0,205 |
| 10 Yıldan Fazla | 88 | 56,4 | 68 | 43,6 | |
| **65 Yaş Üzeri Bireyle Yaşama Durumu** | | | | | |
| Evet | 12 | 63,2 | 7 | 36,8 | 0,903 |
| Hayır | 123 | 58,9 | 86 | 41,1 | |
| **ASM birimine başvuran günlük hasta sayısı** | | | | | |
| 0-50 hasta | 33 | 66,0 | 17 | 34,0 | 0,115 |
| 51-150 hasta | 73 | 53,7 | 63 | 46,3 | |
| 151-500 hasta | 29 | 69,0 | 13 | 31,0 | |
| **ASM birimine başvuran günlük 65 yaş üzeri hasta sayısı** | | | | | |
| 0-25 hasta | 47 | 56,6 | 36 | 43,4 | 0,823 |
| 26-75 hasta | 62 | 61,4 | 39 | 38,6 | |
| 76-250 hasta | 26 | 59,1 | 18 | 40,9 | |

*Ki-kare testi

Katılımcıların sosyodemografik özelliklerinin Yİİ tarama testi varlığını bilme durumlarına göre dağılımı Tablo 4.20.'de gösterilmektedir. 10 yıldan fazla mesleki deneyimi olanların Yİİ tarama testi varlığı hakkında daha fazla bilgi sahibi olduğu saptandı (p = 0,003).

**Tablo 4. 20.**Katılımcıların Sosyodemografik Özelliklerinin Yaşlı İhmal ve İstismarı Tarama Testi Varlığını Bilme Durumlarına Göre Dağılımı

| Sosyodemografik özellikler | Yİİ ile ilgili geçerli bir tarama testi varlığını bilme durumu | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | Evet | | Hayır | | |
| | n | % | n | % | p* |
| **Yaş** | | | | | |
| 40 Yaş Altı | 12 | 10,6 | 101 | 89,4 | 0,075 |
| 40 Yaş ve Üzeri | 23 | 20,0 | 92 | 80,0 | |
| **Cinsiyet** | | | | | |
| Kadın | 24 | 15,5 | 131 | 84,5 | 1,000 |
| Erkek | 11 | 15,1 | 62 | 84,9 | |
| **Medeni Durum** | | | | | |
| Evli | 29 | 15,2 | 162 | 84,8 | 1,000 |
| Bekâr / Dul | 6 | 16,2 | 31 | 83,8 | |
| **Meslek** | | | | | |
| Hekim | 17 | 16,3 | 87 | 83,7 | 0,844 |
| Diğer Sağlık Personeli | 18 | 14,5 | 106 | 85,5 | |
| **Meslek Yılı** | | | | | |
| 1-10 yıl | 3 | 4,2 | 69 | 95,8 | **0,003** |
| 10 Yıldan Fazla | 32 | 20,5 | 124 | 79,5 | |
| **65 Yaş Üzeri Bireyle Yaşama Durumu** | | | | | |
| Evet | 3 | 15,8 | 16 | 84,2 | 1,000 |
| Hayır | 32 | 15,3 | 177 | 84,7 | |
| **ASM birimine başvuran günlük hasta sayısı** | | | | | |
| 0-50 hasta | 5 | 10,0 | 45 | 90,0 | 0,334 |
| 51-150 hasta | 21 | 15,4 | 115 | 84,6 | |
| 151-500 hasta | 9 | 21,4 | 33 | 78,6 | |
| **ASM birimine başvuran günlük 65 yaş üzeri hasta sayısı** | | | | | |
| 0-25 hasta | 10 | 12,0 | 73 | 88,0 | 0,264 |
| 26-75 hasta | 20 | 19,8 | 81 | 80,2 | |
| 76-250 hasta | 5 | 11,4 | 39 | 88,6 | |

*Ki-kare testi

Tablo 4.21'de katılımcıların sosyodemografik özelliklerinin Yİİ bildiriminde yasal zorunluluk hakkındaki görüşlerine göre dağılımı verilmektedir. 40 yaş ve üzerinde olanlar (p = 0,043) ve 10 yıldan daha fazla mesleki deneyimi olanlar (p = 0,027), sağlık çalışanlarının Yİİ bildiriminde yasal zorunluluğu olduğunu daha fazla bildirdi.

**Tablo 4. 21.**Katılımcıların Sosyodemografik Özelliklerinin Yaşlı İhmal ve İstismarı Bildiriminde Yasal Zorunluluk Hakkındaki Görüşlerine Göre Dağılımı

| Sosyodemografik özellikler | Yİİ ile karşılaşıldığında sağlık çalışanlarının bildirimde yasal zorunluluğu olduğunu düşünme durumu | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | Evet | | Hayır | | |
| | n | % | n | % | p* |
| **Yaş** | | | | | |
| 40 Yaş Altı | 64 | 56,6 | 49 | 43,4 | **0,043** |
| 40 Yaş ve Üzeri | 80 | 69,6 | 35 | 30,4 | |
| **Cinsiyet** | | | | | |
| Kadın | 96 | 61,9 | 59 | 38,1 | 0,577 |
| Erkek | 48 | 65,8 | 25 | 34,2 | |
| **Medeni Durum** | | | | | |
| Evli | 121 | 63,4 | 70 | 36,6 | 1,000 |
| Bekâr / Dul | 23 | 62,2 | 14 | 37,8 | |
| **Meslek** | | | | | |
| Hekim | 70 | 67,3 | 34 | 32,7 | 0,234 |
| Diğer Sağlık Personeli | 74 | 59,7 | 50 | 40,3 | |
| **Meslek Yılı** | | | | | |
| 1-10 yıl | 38 | 52,8 | 34 | 47,2 | **0,027** |
| 10 Yıldan Fazla | 106 | 67,9 | 50 | 32,1 | |
| **65 yaş üzeri bireyle yaşama durumu** | | | | | |
| Evet | 10 | 52,6 | 9 | 47,4 | 0,456 |
| Hayır | 134 | 64.1 | 75 | 35,9 | |
| **ASM birimine başvuran günlük hasta sayısı** | | | | | |
| 0-50 hasta | 33 | 66,0 | 17 | 34,0 | 0,926 |
| 51-150 hasta | 85 | 62,5 | 51 | 37,5 | |
| 151-500 hasta | 26 | 61,9 | 16 | 38,1 | |
| **ASM birimine başvuran günlük 65 yaş üzeri hasta sayısı** | | | | | |
| 0-25 hasta | 55 | 66,3 | 28 | 33,7 | 0,765 |
| 26-75 hasta | 62 | 61,4 | 39 | 38,6 | |
| 76-250 hasta | 27 | 61,4 | 17 | 38,6 | |

*Ki-kare testi

Katılımcıların sosyodemografik özelliklerinin Yİİ'ye yönelik yasal düzenlemelerle ilgili bilgi sahibi olma durumlarına göre dağılımı Tablo 4.22'de verilmektedir. Katılımcıların yasal düzenlemelerle ilgili bilgi farkındalığı açısından sosyodemografik özellikler arasında anlamlı bir fark bulunmadı (p>0,05).

**Tablo 4. 22.**Katılımcıların Sosyodemografik Özelliklerinin Yaşlı İhmal ve İstismarına Yönelik Yasal Düzenlemelerle İlgili Bilgi Sahibi Olma Durumlarına Göre Dağılımı

| Sosyodemografik özellikler | Yİİ'ye yönelik yasal düzenlemelerle ilgili bilgi sahibi olma durumu | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | Evet | | Hayır | | |
| | n | % | n | % | p* |
| **Yaş** | | | | | |
| 40 Yaş Altı | 13 | 11,5 | 100 | 88,5 | 1,000 |
| 40 Yaş ve Üzeri | 13 | 11,3 | 102 | 88,7 | |
| **Cinsiyet** | | | | | |
| Kadın | 20 | 12,9 | 135 | 87,1 | 0,415 |
| Erkek | 6 | 8,2 | 67 | 91,8 | |
| **Medeni Durum** | | | | | |
| Evli | 21 | 11,0 | 170 | 89,0 | 0,584** |
| Bekâr / Dul | 5 | 13,5 | 32 | 86,5 | |
| **Meslek** | | | | | |
| Hekim | 8 | 7,7 | 96 | 92,3 | 0,160 |
| Diğer Sağlık Personeli | 18 | 14,5 | 106 | 85,5 | |
| **Meslek Yılı** | | | | | |
| 1-10 yıl | 8 | 11,1 | 64 | 88,9 | 1,000 |
| 10 Yıldan Fazla | 18 | 11,5 | 138 | 88,5 | |
| **65 Yaş Üzeri Bireyle Yaşama Durumu** | | | | | |
| Evet | 0 | 0,0 | 19 | 100,0 | 0,140** |
| Hayır | 26 | 12,4 | 183 | 87,6 | |
| **ASM birimine başvuran günlük hasta sayısı** | | | | | |
| 0-50 hasta | 4 | 8,0 | 46 | 92,0 | 0,074 |
| 51-150 hasta | 13 | 9,6 | 123 | 90,4 | |
| 151-500 hasta | 9 | 21,4 | 33 | 78,6 | |
| **ASM birimine başvuran günlük 65 yaş üzeri hasta sayısı** | | | | | |
| 0-25 hasta | 6 | 7,2 | 77 | 92,8 | 0,282 |
| 26-75 hasta | 15 | 14,9 | 86 | 85,1 | |
| 76-250 hasta | 5 | 11,4 | 39 | 88,6 | |

*Ki-kare testi **Fisher Exact Testi

Tablo 4.23'te katılımcıların sosyodemografik özelliklerinin istismara uğramış yaşlı hastaları tespit etmede kendini yeterli hissetme durumlarına göre dağılımı gösterilmektedir. ASM'ye başvuran günlük hasta sayısının fazla olan sağlık çalışanlarının Yİİ tespit etmede kendini yeterli hissettiği görüldü (p=0,049).

**Tablo 4. 23.**Katılımcıların Sosyodemografik Özelliklerinin İstismara Uğramış Yaşlı Hastaları Tespit Etmede Kendini Yeterli Hissetme Durumlarına Göre Dağılımı

| Sosyodemografik özellikler | Yİİ'yi tespit etmede yeterli hissetme durumu | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | Evet | | Hayır | | |
| | n | % | n | % | p* |
| **Yaş** | | | | | |
| 40 Yaş Altı | 32 | 28,3 | 81 | 71,7 | 0,251 |
| 40 Yaş ve Üzeri | 25 | 21,7 | 90 | 78,3 | |
| **Cinsiyet** | | | | | |
| Kadın | 44 | 28,4 | 111 | 71,6 | 0,119 |
| Erkek | 13 | 17,8 | 60 | 82,2 | |
| **Medeni Durum** | | | | | |
| Evli | 50 | 26,2 | 141 | 73,8 | 0,468 |
| Bekâr / Dul | 7 | 18,9 | 30 | 81,1 | |
| **Meslek** | | | | | |
| Hekim | 22 | 21,2 | 82 | 78,8 | 0,219 |
| Diğer Sağlık Personeli | 35 | 28,2 | 89 | 71,8 | |
| **Meslek Yılı** | | | | | |
| 1-10 yıl | 19 | 26,4 | 53 | 73,6 | 0,869 |
| 10 Yıldan Fazla | 38 | 24,4 | 118 | 75,6 | |
| **65 Yaş Üzeri Bireyle Yaşama Durumu** | | | | | |
| Evet | 4 | 21,1 | 15 | 78,9 | 0,789** |
| Hayır | 53 | 25,4 | 156 | 74,6 | |
| **ASM birimine başvuran günlük hasta sayısı** | | | | | |
| 0-50 hasta | 8 | 16,0 | 42 | 84,0 | **0,049** |
| 51-150 hasta | 33 | 24,3 | 103 | 75,7 | |
| 151-500 hasta | 16 | 38,1 | 26 | 61,9 | |
| **ASM birimine başvuran günlük 65 yaş üzeri hasta sayısı** | | | | | |
| 0-25 hasta | 14 | 16,9 | 69 | 83,1 | 0,100 |
| 26-75 hasta | 30 | 29,7 | 71 | 70,3 | |
| 76-250 hasta | 13 | 29,5 | 31 | 70,5 | |

*Ki-kare testi **Fisher Exact Testi

Katılımcıların sosyodemografik özelliklerinin istismara uğramış yaşlı hastaları bildirmede kendini yeterli hissetme durumlarına göre dağılımı Tablo 4.24'te verilmektedir. Katılımcıların yaşlı hastaları bildirme konusunda yeterlik hissi ile sosyodemografik özellikler arasında anlamlı bir ilişki bulunmadı (p>0,05).

**Tablo 4. 24.**Katılımcıların Sosyodemografik Özelliklerinin İstismara Uğramış Yaşlı Hastaları Bildirmede Kendini Yeterli Hissetme Durumlarına Göre Dağılımı

| Sosyodemografik özellikler | Yİİ'yi bildirme konusunda yeterli hissetme durumu | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | Evet | | Hayır | | |
| | n | % | n | % | p* |
| **Yaş** | | | | | |
| 40 Yaş Altı | 26 | 23,0 | 87 | 77,0 | 0,695 |
| 40 Yaş ve Üzeri | 23 | 20,0 | 92 | 80,0 | |
| **Cinsiyet** | | | | | |
| Kadın | 36 | 23,2 | 119 | 76,8 | 0,449 |
| Erkek | 13 | 17,8 | 60 | 82,2 | |
| **Medeni Durum** | | | | | |
| Evli | 41 | 21,5 | 150 | 78,5 | 1,000 |
| Bekâr / Dul | 8 | 21,6 | 29 | 78,4 | |
| **Meslek** | | | | | |
| Hekim | 19 | 18,3 | 85 | 81,7 | 0,356 |
| Diğer Sağlık Personeli | 30 | 24,2 | 94 | 75,8 | |
| **Meslek Yılı** | | | | | |
| 1-10 yıl | 15 | 20,8 | 57 | 79,2 | 1,000 |
| 10 Yıldan Fazla | 34 | 21,8 | 122 | 78,2 | |
| **65 Yaş Üzeri Bireyle Yaşama Durumu** | | | | | |
| Evet | 4 | 21,1 | 15 | 78,9 | 1,000 |
| Hayır | 45 | 21,5 | 164 | 78,5 | |
| **ASM birimine başvuran günlük hasta sayısı** | | | | | |
| 0-50 hasta | 9 | 18,0 | 41 | 82,0 | 0,492 |
| 51-150 hasta | 33 | 24,3 | 103 | 75,7 | |
| 151-500 hasta | 7 | 16,7 | 35 | 83,3 | |
| **ASM birimine başvuran günlük 65 yaş üzeri hasta sayısı** | | | | | |
| 0-25 hasta | 16 | 19,3 | 67 | 80,7 | 0,353 |
| 26-75 hasta | 26 | 25,7 | 75 | 74,3 | |
| 76-250 hasta | 7 | 15,9 | 37 | 84,1 | |

*Ki-kare testi

Katılımcıların sosyodemografik özelliklerinin Yaşlı İstismarı Şüphe İndeksi (EASI) © kullanım sıklığına göre dağılımı Tablo 4.25'te sunulmaktadır. Yaş gruplarına göre 40 yaş altındaki katılımcıların %12,4'ü, 40 yaş ve üzerindeki katılımcıların ise %7,0'ü her zaman EASI © kullandığını belirtti. Cinsiyet açısından değerlendirildiğinde, kadın katılımcıların %11,6'sı, erkek katılımcıların ise %5,5'i her zaman EASI © kullandığını ifade etti. Medeni durum açısından incelendiğinde, evli katılımcıların %8,4'ü, bekâr veya dul katılımcıların ise %16,2'si her zaman EASI ©

kullandığını belirtti. Meslek gruplarına göre hekimlerin %6,7'si, diğer sağlık personelinin ise %12,1'i her zaman EASI © kullandığını bildirdi. Meslekte çalışma yılı dikkate alındığında, 1-10 yıl deneyime sahip olanların %18,1'i, 10 yıldan fazla deneyime sahip olanların ise %5,8'i her zaman EASI © kullandığını belirtti ve bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulundu (p=0,007).

**Tablo 4. 25.**Katılımcıların Sosyodemografik Özelliklerinin Yaşlı İstismarı Şüphe İndeksi (EASI) © Kullanım Sıklığına Göre Dağılımı

| **Sosyodemografik özellikler** | **Yaşlı istismarını tanımlamaya yönelik form (yaşlı istismarı şüphe indeksi EASI) © kullanım sıklığınız?** | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | **Her zaman/ bazen** | | **Hiçbir zaman** | | |
| | **n** | **%** | **n** | **%** | **p*** |
| **Yaş** | | | | | |
| 40 Yaş Altı | 14 | 12,4 | 99 | 87,6 | 0,244 |
| 40 Yaş ve Üzeri | 8 | 7,0 | 107 | 93,0 | |
| **Cinsiyet** | | | | | |
| Kadın | 18 | 11,6 | 137 | 88,4 | 0,221 |
| Erkek | 4 | 5,5 | 69 | 94,5 | |
| **Medeni Durum** | | | | | |
| Evli | 16 | 8,4 | 175 | 91,6 | 0,139** |
| Bekâr / Dul | 6 | 16,2 | 31 | 83,8 | |
| **Meslek** | | | | | |
| Hekim | 7 | 6,7 | 97 | 93,3 | 0,254 |
| Diğer Sağlık Personeli | 15 | 12,1 | 109 | 87,9 | |
| **Meslek Yılı** | | | | | |
| 1-10 yıl | 13 | 18,1 | 59 | 81,9 | **0,007** |
| 10 Yıldan Fazla | 9 | 5,8 | 147 | 94,2 | |
| **65 Yaş Üzeri Bireyle Yaşama Durumu** | | | | | |
| Evet | 0 | 0,0 | 19 | 100,0 | 0,229** |
| Hayır | 22 | 10,5 | 187 | 89,5 | |
| **ASM birimine başvuran günlük hasta sayısı** | | | | | |
| 0-50 hasta | 6 | 12,0 | 44 | 88,0 | 0,703** |
| 51-150 hasta | 13 | 9,6 | 123 | 90,4 | |
| 151-500 hasta | 3 | 7,1 | 39 | 92,9 | |
| **ASM birimine başvuran günlük 65 yaş üzeri hasta sayısı** | | | | | |
| 0-25 hasta | 8 | 9,6 | 75 | 90,4 | 0,129 |
| 26-75 hasta | 13 | 12,9 | 88 | 87,1 | |
| 76-250 hasta | 1 | 2,3 | 43 | 97,7 | |

*Ki-kare testi **Fisher Exact Testi

# 5. TARTIŞMA

Çalışmamız Sivas İl Merkezindeki ASM'lerde görev yapan aile sağlığı elemanlarının Yİİ hakkındaki bilgi, tutum ve davranışları araştırıldı.

Mevcut araştırmada katılımcıların %90'dan fazlası 65 yaş ve üzeri bireyle aynı evde yaşamamaktaydı. Acil servis hemşirelerinde yapılan bir çalışmada katılımcılara 65 yaş ve üzeri bireyle yaşama durumu sorulmuş %19,7 oranında "*evet*", %80,3 oranında "*hayır*" cevabı alınmıştır (120). Bizim çalışmamızla paralellik göstermektedir.

Mevcut çalışmada, katılımcıların yarıdan fazlasının görev yaptığı ASM birimlerine başvuran günlük toplam hasta sayısının 51-100 arasında, günlük başvuran 65 yaş ve üzeri hasta sayısının ise çoğunlukla 26-75 arasında olduğu belirlendi. Düzce İl Merkezindeki bir ASM'ye başvuran hastaların demografik özelliklerinin incelendiği 2015 yılında yapılan bir çalışmada hastaların %22,4'ünün 65 yaş üzeri olduğu belirtilmiştir (121). 2006 yılında İzmir'de acil serviste çalışan hekim ve diğer sağlık personeli üzerinde yapılmış bir çalışmada katılımcıların %62,9'u günde 1-99 arası hasta, %19,4'ü 200'den fazla hasta, %17,7'si 100-199 arası hastayla karşılaştıklarını belirtmişlerdir. Acil servise bir günde başvuran 65 yaş ve üzeri hasta sayısı sorgulandığında ise %82,3'ü 1-99 arası, %14,5'i 200 ve üzeri, %3,2'si 100-199 arası yaşlı hastayla karşılaştığını ifade etmişlerdir (122). Türkiye'de acil servis hemşirelerinde yapılan çalışmada katılımcıların çalıştıkları birimlere başvuran günlük hasta sayısına bakıldığında, %29,90'unun çalıştığı birimlere günde 151-500 hasta**,** %27'sinin 0-50 hasta, %22,7'sinin 51-150 hasta ve %20,4'ünün ise 500'den fazla hasta başvurduğu belirlenmiştir. Çalışılan birime başvuran 65 yaş ve üzeri hasta sayısı incelendiğinde ise katılımcıların %33,6'sının görev yaptığı birimlerde bu sayının 26-75 arasında, %31,4'ünün 0-25, %23,4'ünün 76-250 ve %11,6'sının ise 250'den fazla olduğu görülmüştür (120). Hasta sayılarının bizim çalışmamızla farklılık göstermesi anketlerin farklı çalışma birimlerindeki katılımcılara yapılmasından kaynaklı olabilir. Acil servislerdeki günlük başvuru sayısı ASM'ye başvuran hasta sayısından fazla olabilir.

Bu çalışmada, katılımcıların son 12 ay içerisinde yaşlı ihmal ve istismar vakasıyla karşılaşıp karşılaşmadıkları ve bu vakaları fark etme durumları sorgulandı. Elde edilen bulgular, sağlık çalışanlarının yaşlı ihmal ve istismarına yönelik farkındalık düzeylerinin genel olarak düşük olduğunu ortaya koydu.

Gürsoy ve arkadaşları tarafından Çanakkale'de 2022 yılında ASM'lerde çalışan hekim ve diğer sağlık personeli üzerinde yapılan bir çalışmada ve Ahmed ve arkadaşları tarafından Malezya'da birinci basamakta çalışan hemşire ve doktorlar üzerinde yapılan başka bir çalışmada, Yİİ ile ilgili farkındalıklarının düşük olduğu bulunmuştur (23,123). Durmaz ve arkadaşları tarafından 2024'de Kütahya'daki aile hekimleri üzerinde yapılan çalışmada Yİİ ile ilgili bilgi ve farkındalık düzeyi düşük bulunmuştur (124). Soysal ve arkadaşları tarafından bir vakıf hastanesinde çeşitli branşlarda çalışan hekim ve diğer sağlık personeli üzerinde yaşlı istismarı konusundaki algı ve farkındalığının araştırıldığı çalışmada katılımcılara Yİİ karşılaşma durumları sorulduğunda %67,6'sı karşılaşmadıklarını söylemiştir (116). Yukarıda verilen çalışmalar bizim çalışmamızla benzerlik göstermekteydi.

Dumortier ve arkadaşlarının Fransa'da serbest çalışan hekimler üzerinde yaptığı bir çalışmada katılımcıların %82'si geriatri uzmanı olmamalarına rağmen istismardan şüphelenmişlerdir (125). Dumortier ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada katılımcıların Yİİ'den şüphe etme oranlarının yüksek olması bizim çalışmamızdan farklılık göstermektedir. Bunun sebebi katılımcıların çalışmaya alınma kriterlerindeki farklılıktan ve sadece hekimler üzerinde yapılmış olmasından kaynaklanabilir. Bizim çalışmamızda katılımcıları AH ve ASÇ'ler oluşturuyordu ve Dumortier ve arkadaşlarının Fransa'da yaptığı araştırmanın aksine katılımcılar serbest muayenelerde değil sağlık bakanlığına bağlı olan ASM'lerde çalışıyorlardı.

Yaşlı nüfusun fazla olduğu Avrupa'da görev yapan sağlık çalışanları yaşlı bireyle daha fazla karşılaştığı için Yİİ'den daha fazla şüphelenebilir (126). 2009 yılında Joubert ve arkadaşlarının Avusturalya'da, içinde doktor, hemşire, sosyal hizmet uzmanı ve fizyoterapist olan 11 kişi üzerinde Yİİ hakkında üç aşamalı mülakat olarak yapılan bir çalışmada da ihmal ve istismar farkındalığı yüksek bulunmuştur (127). Saveman ve arkadaşlarının İsveçli aile hekimleri üzerinde yaptığı çalışmada katılımcıların %77'si ihmal veya istismar vakasıyla karşılaştıklarını belirtmişlerdir

(128). Saveman ve arkadaşlarının yaptığı araştırmada farkındalığın yüksek olmasının nedeni hekimlere kayıtlı hasta sayılarının az ve muayene sürelerinin uzun olması olabilir.

Türkiye'de Özdemir ve arkadaşları tarafından bir üniversite hastanesinde çalışan acil servis hekimlerinde yapılmış bir araştırmada "*Daha önce yaşlı ihmal veya istismar olgusuyla karşılaştınız mı?*" sorusuna %69,4 oranında "*evet*" yanıtı verilmiştir. İhmal ve istismarla karşılaşan katılımcılar bunu en çok anamnez ve hastanın genel görünümünden fark ettiklerini belirtmişlerdir (129). Türkiye'de acil servis hekimlerinde yapılmış bir araştırmada Yİİ ile karşılaşma oranı bizim çalışmamızdan yüksek çıkmıştır. Bu farklılığın nedeni istismarla karşılaşma oranının yüksek olduğu çalışmanın sadece hekimler üzerinde yapılmış olması olabilir. Acil servis hizmetlerinin 24 saat boyunca devam etmesi nedeniyle sağlık çalışanları ihmal ve istismar vakalarıyla ilk olarak acilde karşılaşıyor olabilir.

Mevcut çalışmada, katılımcıların büyük bir kısmı son 12 ay içinde herhangi bir istismar türüyle karşılaşmadıklarını belirtti. Katılımcılar, en yüksek oranda ihmalle karşılaştıklarını belirtti, bunu sırasıyla psikolojik, ekonomik ve fiziksel istismarın takip ettiğini ifade ettiler. Katılımcıların hepsi cinsel istismar vakasıyla hiç karşılaşmadıklarını ifade etti. Dumortier ve arkadaşlarının Fransa'da serbest çalışan hekimler üzerinde yaptığı bir çalışmada hekimlerin %83'ü en çok psikolojik istismarla, %60'ı ihmalle, %30'u fiziksel istismarla, %5'i cinsel istismarla karşılaştıklarını ifade etmiştir (125). Malezya'da Ahmed ve arkadaşları tarafından birinci basamakta çalışan hemşire ve doktorlar üzerinde yapılan başka bir çalışmada, sağlık çalışanları en çok ihmal ve duygusal kötü muameleyle karşılaştıklarını belirtmiştir (123). Saveman ve arkadaşlarının İsveçli aile hekimleri üzerinde yaptığı çalışmada benzer şekilde en çok psikolojik istismar bildirilmiştir. Katılımcıların bir kısmı ekonomik istismar ve ihmalden de bahsetmişlerdir ve %97'si cinsel istismar bulgusuna sahip hastalarının olmadığını belirtmişlerdir (128). Avusturalya'da 1993 yılında pratisyen hekimler üzerinde yapılan bir çalışmada da en çok ihmal, psikolojik ve ekonomik istismar vakalarıyla karşılaştıkları görülmüştür (130). Coma ve arkadaşları 2007'de Barselona'da birinci basamakta çalışan hekim ve hemşireler üzerinde yaptığı çalışmada, katılımcılar en sık psikolojik ve ekonomik istismar vakalarıyla karşılaştıklarını, fiziksel ve cinsel istismarı nadiren fark ettiklerini dile

getirmiştir. Katılımcılar fiziksel ve cinsel istismarın nadir görülmesinin nedeninin tespit etmedeki zorluklar olduğunu belirtmiştir (131).

Mevcut çalışmada, katılımcıların çoğunluğu, Yİİ hakkında herhangi bir eğitim almadıklarını belirtti. Çalışmaya katılanların büyük kısmı, Yİİ konusunda yeterli eğitim almadıklarını ancak Yİİ ile ilgili eğitimin gerekli olduğunu ifade etti. Literatürdeki diğer araştırmalar taradığında sonuçların bizim bulgularımızla benzerlik gösterdiği görülmektedir. 2009 yılında Joubert ve arkadaşlarının Avusturalya'da, içinde doktor, hemşire, sosyal hizmet uzmanı ve fizyoterapist olan 11 kişi üzerinde Yİİ hakkında üç aşamalı mülakat olarak yapılan bir çalışmada katılımcıların sadece %14'ü Yİİ ile ilgili bir eğitim almış ve Yİİ ile ilgili bilgi düzeylerini "*orta-zayıf*" şeklinde tanımlamıştır (127). İngiltere'de yaşlı ihmal ve istismar farkındalığı açısından farklı iki bölgede görevli sağlık çalışanlarını karşılaştıran bir araştırmada da eğitim düzeyleri düşük bulunmuştur. Ancak konuyla ilgili eğitim alınmasının ihmal ve istismar açısından faydalı olacağına görüşüne sahip olduklarını belirtmişlerdir. Konuyla ilgili eğitim almış hekimler istismarı teşhis etmede iyilerdir (132). Yapılan diğer çalışmalarda da yaşlı ihmal ve istismar hakkındaki eğitim düzeyleri düşük bulunmuştur (23,123,133). Bu bulgular neticesinde sağlık çalışanlarının Yİİ hakkında eğitim düzeyinin düşük olmasıyla ihmal ve istismar farkındalıkları arasında ilişki olduğunu söyleyebiliriz.

İrlanda'da uzun süreli bakım veren bir kurumun çalışanları üzerinde yapılan bir araştırmada hemşirelerin %60'ı Yİİ ile ilgili eğitim aldıklarını, konuyla ilgili başka eğitimler hakkında da meraklı olduklarını ifade etmişlerdir. Eğitim düzeyinin yüksek olmasıyla beraber çalışanlarda Yİİ'ye yönelik farkındalık da yüksek bulunmuş ancak hangi durumun ihmal ve istismar olduğuna dair algıları düşük seviyede bulunmuştur (134). İrlanda'da yapılan çalışmada Yİİ ile ilgili eğitim durumunun yüksek olması durumu bizim çalışmamızdan farklıdır. Bunun nedeni İrlanda'daki çalışmanın yaşlılara bakım veren bir kurumda çalışan kişiler üzerinde yapılmış olması olabilir. Yaşlıya bakım veren çalışanlar işleri gereği Yİİ ile ilgi eğitimlere katılmış olabilirler.

Mevcut çalışmada katılımcıların yaşlı ihmal ve istismarı (Yİİ) hakkındaki bilgi düzeyleri değerlendirildi. ASÇ'lerin büyük bir kısmı, yaşlı ihmal ve istismar

kavramını daha önce duyduğunu belirtti. Bu kavramı en çok sosyal medya, lisans eğitimi ve sosyal çevre aracılığıyla öğrendiklerini belirttiler. Katılımcıların çoğunluğu, yaşlı ihmal ve istismarı hakkında güncel bilgileri takip etmediklerini ifade etti. Durmaz ve arkadaşları tarafından 2024'de Kütahya'daki aile hekimleri üzerinde yapılan çalışmada aile hekimlerinin çoğu istismarla ilgili güncel bilgileri takip etmemiştir (124). 2009 yılında Joubert ve arkadaşlarının Avusturalya'da yaptığı bir çalışmada katılımcıların %73'ü yaşlı ihmal ve istismar kavramını bildiklerini ifade etmiştir (127). Soysal ve arkadaşları tarafından bir vakıf hastanesinde çeşitli branşlarda çalışan hekim ve diğer sağlık personeli üzerinde yaşlı istismarı konusundaki algı ve farkındalığının araştırıldığı çalışmada katılımcıların %69'u daha önce yaşlı istismar kavramını duymuşlardır. Yaşlı istismarı kavramını nereden duyduğu sorusuna verilen cevapların dağılımı şöyledir: Sosyal medya (%15), kongre, söyleşi (%9,8), dergiler, kitaplar (%8,4), sosyal çevre (%8,4), tıp eğitimi (%7,04), televizyon (%7,0) (116). Malezya'da Ahmed ve arkadaşları tarafından birinci basamakta çalışan hemşire ve doktorlar üzerinde yapılan başka bir çalışmada, hemşirelerin üçte ikisi, doktorların yedide biri Yİİ hakkındaki bilgileri makalelerle takip ettiklerini söylemişlerdir (135). Literatürdeki çalışmalarda da bizimkine benzer bulgular bulunmuştur.

Bu çalışmada, katılımcıların çoğunluğu, sağlık çalışanlarının yaşlı istismarını fark edebileceklerini belirtti. Malezya'da Ahmed ve arkadaşları tarafından birinci basamakta çalışan hemşire ve doktorlar üzerinde yapılan bir çalışmada, ankete katılan doktorların çoğu "*ihmal ve istismar sağlık çalışanları tarafından fark edilmez*" ifadesine katılmış, hemşirelerin %63'ü bu ifadeyi reddetmiştir (123). Yapılan diğer araştırmalarda katılımcıların çoğu yaşlı istismar vakalarının sağlık çalışanları tarafından fark edilmeyeceğini düşünmüşlerdir (136–138). Literatürdeki diğer çalışmalar tarandığında sonuçlar bizim çalışmamızdan farklı bulunmuştur. Literatürdeki çalışmaların yayınlanma zamanlarının eski olması, bazı araştırmaların acil servis hekimleri üzerinde yapılmış olması sonuçları etkilemiş olabilir.

Mevcut çalışmada, sağlık çalışanlarının büyük bir kısmı, yaşlı istismarını geriatrik yaş grubunda önemli bir sorun olarak değerlendirdi. Katılımcıların yarısından fazlası, Yİİ vakalarının kentlerde daha yaygın olduğunu düşündüklerini ifade etti. Ayrıca, Türkiye'de Yİİ'nin önemli bir sorun olduğunu belirtenlerin oranı da dikkate

değer bir şekilde yüksekti. Çalışmamıza benzer şekilde, Rinker ve arkadaşlarının 2009 yılında gerçekleştirdiği araştırmada, "*Yaşlıya karşı şiddet nadirdir*" ifadesine katılımcıların %96,5'i yanlış yanıt vermiştir (21). Malezya'da Ahmed ve arkadaşları tarafından birinci basamakta çalışan hemşire ve doktorlar üzerinde yapılan bir çalışmada "*Yaşlı istismarı Malezya'da ciddi bir sorun değildir*" ifadesine "*hayır*" cevabını vermiştir. Ayrıca hemşirelerin çoğu istismarın kırsalda daha fazla olacağını düşünürken, doktorlar bu konuda net bir cevap vermemişlerdir (123). Bizim çalışmamızdan farklı olarak Almogue ve arkadaşlarının hastanede çalışan hekim ve hemşireler üzerinde yaptığı çalışmada ise katılımcıların %39'u, Yİİ'nin az olduğu görüşüne katılmamıştır (139). Leddy ve arkadaşlarının kadın hastalıkları ve doğum hekimleri üzerinde yaptığı araştırmasında Yİİ'nin yaygınlığı %14,04 olarak bildirilmiştir (140). Amerika'da birinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışan hekimler üzerinde yapılan bir araştırmada, katılımcıların yalnızca dörtte biri Yİİ'yi önemli bir sorun olarak değerlendirmiştir (141). Türkiye'de 2006 yılında Mandıracığlu ve arkadaşları tarafından acil serviste görev alan hekim ve diğer sağlık personeli üzerinde yapılmış bir çalışmada "*Yaşlı ihmal ve istismarı Türkiye'de önemli bir sorun mudur?*" sorusuna katılımcıların %75'i '*hayır*' yanıtını vermiştir (122). Çalışmamız ile Mandıracığlu ve arkadaşlarının araştırması arasındaki farklar çeşitli faktörlere dayanabilir. Öncelikle, çalışmaya katılan sağlık çalışanlarının meslek profili ve yaşlılarla etkileşim düzeyi sonuçları etkilemiş olabilir. Acil servis çalışanlarıyla yapılan bir çalışmada oranın düşük olması, bu grubun daha çok akut vakalarla ilgilenmesi nedeniyle yaşlı istismarı konusunda daha az farkındalığa sahip olmasından kaynaklanabilir. Çalışmalar arasındaki metodolojik farklılıklar da önemli bir etkendir. Kültürel ve bölgesel faktörler ile çalışma yapılan yıllar arasındaki farklar da sonuçları değiştirebilir. Ayrıca, çalışmanın yapıldığı bölgenin sosyal ve kültürel dinamikleri de sonuçları etkilemiş olabilir.

Mevcut çalışmada, ASM'lerde görevli sağlık çalışanlarının büyük bir kısmı, Yİİ'ye yönelik herhangi bir tarama testinin varlığından haberdar değildi ya da bu konuda fikir sahibi değildi. Yapılan diğer çalışmalarda da bizimkine paralel şekilde katılımcıların çoğu istismarla ilgili tarama testinden habersiz çıkmıştır (124,129). Durmaz ve arkadaşları tarafından 2024'te Kütahya'daki aile hekimleri üzerinde yapılan çalışmada AH'lerinin %77'sinin tarama testinin varlığından haberdar olmadığı

görülmüştür. Ancak bir tarama testi olsa kullanacaklarını ifade etmişlerdir (124). McCreadie ve arkadaşları tarafından pratisyenler üzerinde yapılan bir çalışmada, pratisyenlerin yalnızca %15'inin istismar tarama testlerinden haberdar olduğu belirlenmiştir (132).

Mevcut çalışmada sağlık çalışanlarının Yaşlı İstismar Şüphe İndeksi (EASI) © kullanım sıklığı değerlendirildi. EASI'yi (Elder Abuse Suspicion Index) sürekli kullanan sağlık çalışanı bulunmazken, yalnızca bir kısmı bazen kullandığını belirtti ve büyük bir çoğunluk ise hiç kullanmadığını ifade etti. Çalışmamızda EASI'de © yer alan soruların yaşlı hastalara yöneltilme sıklığı düşük olup, çoğu sağlık çalışanı bu soruları nadiren veya hiç sormadığını belirtti. Çalışmamıza paralel olarak yapılan bazı çalışmalarda da Yİİ'yi doğrudan sorgulayan tarama testi sorularının sorulma oranı oldukça düşüktür (23,124,129,138,141). Yİİ ile ilgili tarama testi hakkında bilgi düzeyinin düşük olması Yİİ konusundaki farkındalık eksikliğini ve tarama testlerinin kullanımındaki yetersizliği göstermektedir.

Bu çalışmada, yaşlı istismarına yönelik risk faktörleri arasında en yaygın kabul görenler, yalnız yaşama, fiziksel yetersizlik, dul olma, bakımevlerinde yaşama ve düşük sosyoekonomik düzey olarak sıralandı. Ayrıca alkol ve madde kullanımı da önemli bir risk faktörü olarak değerlendirildi. Buna karşın, kalabalık ailede yaşama ve yüksek sosyoekonomik düzey, daha düşük oranda risk faktörü olarak kabul edildi. Türkiye'de acil servis hemşirelerinde yapılan bir çalışmada risk faktörlerini bilme oranları incelendiğinde, katılımcıların en çok fiziksel veya zihinsel yetersizliği olan bireylerin (%84,7) risk altında olduğunu bildiği görülmüştür. Düşük sosyoekonomik düzeyin (%71,5) ve bakımevlerinde yaşamanın (%65,0) önemli risk faktörleri arasında olduğu belirlenmiştir. Buna karşılık, yalnız yaşamanın (%18,2) ve yüksek sosyoekonomik düzeyin (%14,6) düşük oranlarda risk faktörü olarak bilindiği tespit edilmiştir (120). Türkiye'de Özdemir ve arkadaşları tarafından bir üniversite hastanesinde çalışan acil servis hekimlerinde yapılmış bir araştırmada katılımcıların risk faktörlerine yönelik algılarının sıklık düzeyleri değerlendirilmiştir. Burada dul olmanın, fiziksel veya zihinsel yetersizliğin ve düşük sosyoekonomik düzeyin yaşlı istismarı açısından önemli risk faktörleri olarak değerlendirildiği görülmektedir. Bununla birlikte, yüksek sosyoekonomik düzeyin risk faktörü olabileceğini

düşünenlerin oranı daha düşüktür (129). Bu sonuçlar yaşlı istismarı risk faktörleri konusunda genel bir farkındalık olduğunu, ancak bazı faktörlerin öneminin araştırmalar arasında değişkenlik gösterebildiğini ortaya koymaktadır. Özellikle yalnız yaşamanın bazı çalışmalarda yüksek bir risk faktörü olarak değerlendirilirken, diğerlerinde daha düşük algılanması, konunun bağlamsal ve kültürel boyutlarının da göz önünde bulundurulması gerektiğini düşündürmektedir. Aynı şekilde, yüksek sosyoekonomik düzeyin bazı çalışmalarda koruyucu bir faktör olarak görülmesine rağmen, diğer çalışmalarda bir risk faktörü olarak değerlendirilmesi, bu konunun daha detaylı araştırılması gerektiğini göstermektedir.

Çalışmamızda, katılımcıların büyük bir kısmı sağlık çalışanlarının yaşlı istismarını yasal olarak bildirme zorunluluğu olduğuna inandığını belirtirken, bir kısmı ise bu konuda bilgi sahibi olmadıklarını ifade etti. Ayrıca, yaşlı istismarına yönelik yasal düzenlemelere dair bilgi düzeyine bakıldığında, katılımcıların çoğunluğunun bu konuda eksik bilgiye sahip olduğu gözlemlendi. 2009 yılında Joubert ve arkadaşlarının Avusturalya'da yaptığı bir çalışmada katılımcılar bildirim yaparken etik açıdan ikilemde kaldıklarını dile getirmişlerdir (127). Rinker ve arkadaşlarının yaptığı araştırmada katılımcıların %85,8'inin Yİİ ile ilgili yasal düzenlemeler hakkında bilgi sahibi olduğunu belirttiği, %89'unun ise ihmal ve istismarın bildirilmesi gerektiğini düşündüğü tespit edilmiştir (21). Almogue ve arkadaşlarının hastanede çalışan hekim ve hemşireler üzerinde yaptığı çalışmada doktorların %79'u , hemşirelerin %92'si Yİİ'yi bildirimde yasal zorunluluk olduğunu belirtmişlerdir (139). 2006 yılında birinci basamakta çalışan hekimler üzerinde yapılmış bir çalışmada katılımcıların %50'si ihmal ve istismarı fark ettiklerini ama bildirmediklerini, %10'u ise ihmal ve istismarı ne tespit ettiklerini ne de bildirdiklerini söylemiştir (142).

Mevcut çalışmamızda, katılımcıların büyük bir kısmı yaşlı istismarını tespit etme konusunda kendilerini yeterli hissetmediklerini belirtirken, benzer şekilde, yaşlı istismarını bildirme konusunda da önemli bir oranın yetersizlik hissettiği gözlemlendi. Türkiye'de acil servis hemşirelerinde yapılan çalışmada katılımcıların benzer şekilde Yİİ konusunda yetersizlik hissettikleri görülmüştür (120). Çalışmamıza benzer şekilde Kennedy tarafından birinci basamakta çalışan hekimlerin Yİİ ile ilgili bilgi düzeyi ve tutumlarının incelendiği çalışmada katılımcıların %80'i Yİİ konusunda

kendilerini yeterli hissetmediklerini ifade etmişlerdir (141). Thomson ve arkadaşlarının geriatri asistanlarında yaptıkları çalışmada katılımcıların sadece %5,4'ü Yİİ'yi tanıma ve bildirmede kendilerini yeterli olarak tanımlamışlardır (143). 2006 yılında birinci basamakta çalışan hekimler üzerinde yapılmış bir çalışmada katılımcıların % 40'ı kendini Yİİ tespit etmede ve bildirmede yeterli ve deneyimli hissettiğini belirtmiştir (142). Çalışmamızdan farklı olarak İrlanda'da uzun süreli bakım veren bir kurumun çalışanları üzerinde yapılan bir araştırmada hemşirelerin %59'u Yİİ hakkında tanı koyarken kendine güvendiğini dile getirmiştir (134). Bu farklılığın nedeni, İrlanda'da yapılan araştırmada katılımcıların yaşlıya bakım veren bir kurumda çalışmalarından ötürü Yİİ konusunda eğitim almış olmaları olabilir. Bu durum, eğitim almanın Yİİ farkındalığı ve bilgi düzeyi üzerindeki etkisini göstermektedir.

Mevcut çalışmada, sağlık çalışanlarının %59,2'si istismarı yönetmenin fazla/çok fazla zaman aldığını söyledi. Benzer şekilde Mydin ve arkadaşlarının birinci basamakta çalışan hekimler üzerinde yapılan çalışmasında, hekimler Yİİ'yi tespit etmek için fazla zaman harcamak gerektiğini ve hasta yoğunluğunun fazla olduğu kliniklerde bu vakaları tespit etmenin zor olduğunu belirtmiştir (144). Leddy ve arkadaşlarının kadın hastalıkları ve doğum hekimleri üzerinde yaptığı araştırmasında hekimlerin, istismar vakalarının yönetiminin fazla zaman aldığını ve bunun klinik pratiklerinde bir zorluk oluşturduğunu ortaya koymuştur (140).

Bu çalışmada, sağlık çalışanları Yİİ vakalarının çoğunu yaşlının istismarı kendi ağzından duyduktan sonra fark ettiklerini ifade etti. Bizim çalışmamıza benzer olarak İrlanda'da pratisyen hekimler üzerinde yapılan ve Türkiye'de ASM'lerde görev yapan ASÇ'ler üzerinde yapılan araştırmalarda Yİİ vakalarının en çok yaşlı kişinin kendisinin itiraf etmesi ve sağlık çalışanları tarafından fark edilmesiyle tespit edildiği görülmektedir (23,145).

Mevcut çalışmada, sağlık çalışanlarının Yİİ'den şüphelenmelerine neden olan bulgular incelendiğinde, en sık şüphe uyandıran durumların tekrarlayan yaralanmalar nedeniyle sağlık kuruluşuna başvurulma ve hijyen sorunları ile kesikler, kırıklar ve çürüklerin varlığı olduğu görüldü. Bunun yanı sıra, hasta yakını ile hasta anamnezinin

tutarsız olması, yaklaşıldığında veya dokunulduğunda irkilme, klinik durum ile öykünün uyuşmaması ve yetersiz beslenme gibi belirtiler de sağlık çalışanlarını şüphelendiren önemli faktörler arasında yer aldı. Buna karşın, sağlık çalışanları tarafından en az şüphe uyandıran durumlar; yaşlı bireyin belgeleri veya değerli eşyalarının kaybolması, finansal işlemlerinin gecikmesi veya ödenmemiş faturalar, yaşlı bireyin beklenmedik şekilde birine para bağışlaması ve evde alkol veya madde bağımlısı bir bireyin bulunması olarak belirlendi. Çalışmamızda, sağlık çalışanlarının Yİİ'den şüphelenmelerine neden olan bulguların türleri incelendiğinde, fiziksel istismar belirtilerinin en fazla görülen istismar türü olduğu tespit edildi. Buna karşılık, ekonomik istismara işaret eden bulgular sağlık çalışanları tarafından en az fark edilen istismar türü oldu. 2006 yılında Mandıracıoğlu ve arkadaşları tarafından İzmir'de acil serviste çalışan hekim ve diğer sağlık personeli üzerinde yapılmış bir çalışmada, sağlık çalışanlarının yaşlı istismarına yönelik farkındalıklarının fiziksel istismar belirtileri açısından yüksek, ancak finansal ve cinsel istismar açısından daha düşük olduğunu ortaya koymaktadır. Katılımcıların büyük bir kısmı, bakım verenin stres yaşaması ve yaşlı bireyin bakım verene bağımlı olması gibi faktörleri yaşlı istismarı açısından en yüksek risk unsurları olarak değerlendirmiştir. Ayrıca, sık kazalar ve acil servis başvuruları**,** vücutta görülen morluklar, yaralar veya yanıklar gibi fiziksel travma bulgularının güçlü istismar göstergeleri olduğu konusunda yüksek düzeyde fikir birliği sağlanmıştır. Öte yandan, finansal ve cinsel istismar belirtileri sağlık çalışanları tarafından daha az tanınmıştır. Yaşlı bireyin istemediği belgeleri imzalamaya zorlanması gibi finansal istismar bulgularına verilen düşük katılım, sağlık çalışanlarının bu tür istismara yönelik farkındalıklarının artırılması gerektiğini göstermektedir (122). Bu sonuçlar, sağlık çalışanlarının yaşlı istismarını tespit etmede bilgi eksikliklerinin olduğunu ve konuyla ilgili eğitimin verilmesinin önemli olduğunu göstermektedir. Özellikle finansal ve cinsel istismar gibi daha az fark edilen ancak ciddi sonuçlar doğurabilecek istismar türleri konusunda farkındalığın artırılmasına yönelik eğitim programları planlanmalıdır.

Acil servis hemşirelerinde yapılan bir çalışmada katılımcıların yaşlı istismarını anlamaya yönelik belirti ve bulguları bilme durumları incelenmiştir. Farkındalık düzeyleri incelendiğinde, özellikle fiziksel istismar belirtilerini tanıma konusunda daha başarılı oldukları görülmektedir. "*Yaşlı vücudunun özellikle görünmeyecek*

*yerlerinde sigara vb. etkenlerle oluşmuş olabilecek yanıklar*" (%82,5) ve "*ısırıklar, ip ve halat gibi materyallerin kullanıldığına ilişkin izlerin varlığı*" (%78,1) en yüksek oranda doğru yanıtlanan belirtiler arasında yer almıştır. Bu durum, açıkça görülebilen travmatik bulguların sağlık çalışanları tarafından daha kolay tespit edilebildiğini göstermektedir. Daha düşük oranda "*klinik durum ile öykünün uyuşmaması*" (%32,1) ve "*hasta yakını ile hasta anamnezinin tutarsız olması*" (%32,1) gibi, yaşlı bireyin bakım veren ile olan etkileşimini ve hikâyenin tutarlılığını değerlendirmeye yönelik belirtiler görülmüştür (120). Fiziksel istismara ait bulgulara olan farkındalığın yüksek olması sağlık çalışanlarının yaşlı istismarı konusunda değerlendirme yaparken daha çok fiziksel belirtilere odaklandığını göstermektedir.

2009 yılında Joubert ve arkadaşlarının Avusturalya'da yaptığı bir çalışmada da bizimkine benzer olarak Yİİ 'de şüphelenilen belirti ve bulgular arasında en çok hijyenik olmayan ev ortamı ve hastaların sıkıntılı ruh hali görülmüştür (127). Rinker ve arkadaşlarının çalışmasında, katılımcıların Yİİ düşündüren belirti ve bulgular arasında en yaygın olanlar; %92,8 ile sarsılmış bebek sendromu benzeri kafa ve boyun yaralanmaları, %85,5 ile yatak yaraları, %71 ile yanıklar ve %69,3 ile morluklar olarak belirtilmiştir (21).

Mevcut çalışmada, katılımcıların büyük çoğunluğu, son 12 ay içinde Yİİ ile karşılaştıklarında bildirimde bulunmadıklarını ya da böyle bir durumu hiç yaşamadıklarını ifade etti. Dünya'da yapılan diğer çalışmalara bakıldığında Yİİ konusunda bildirim oranlarının düşük olduğu görülmektedir (146–148). Soysal ve arkadaşları tarafından bir vakıf hastanesinde çalışan hekim ve diğer sağlık personeli üzerinde yapılan çalışmada sağlık çalışanlarının %32,4'ünün Yİİ ile karşılaştığı ancak %65'inin herhangi bir bildirimde bulunmadığı ortaya konmuştur (116). Gürsoy ve arkadaşları tarafından Çanakkale'de 2022 yılında ASM'lerde çalışan hekim ve diğer sağlık personeli üzerinde yapılan bir çalışmada ise her dört sağlık profesyonelinden birinin Yİİ karşılaştığı ancak bildirim oranının düşük olduğu görülmüştür (23). Türkiye'de yapılan diğer makalelerde de Yİİ konusunda bildirim oranının düşük olduğu göstermektedir (120,124). Bu sonuçlar bizim çalışmamızla paralellik göstermektedir.

Çalışmamızda katılımcıların büyük bir çoğunluğu herhangi bir bildirimde bulunmadığını belirtti. Bu bulgu, sağlık çalışanlarının yaşlı istismarı farkındalığının düşük olması veya bildirim mekanizmaları hakkında yeterli bilgiye sahip olmayabileceğini düşündürmektedir. Bildirimde bulunan sağlık çalışanlarının tercih ettiği yollar incelendiğinde, en sık başvurulan yöntemler polise haber vermek, sosyal hizmetlere bildirim yapmak ve adli mercilere başvuruda bulunmaktı. Ancak, savcılığa yazılı bildirimde bulunanların oranının oldukça düşük olması, hukuki süreçlerin nasıl yürütüleceği konusunda sağlık çalışanlarının yeterince bilgi sahibi olmayabileceğini gösterebilir.

Çalışmamızda katılımcılara yaşlı istismarını bildirimde bulunmama ya da az bildirimde bulunma nedenleri soruldu. Çalışmamızda en sık bildirilmeme nedeni olarak, sağlık çalışanlarının bu konuda yeterli bilgi ve deneyime sahip olmadıklarını düşünmeleri öne çıktı. Literatürdeki çalışmalara bakıldığında Yİİ vakalarını bildirim oranının düşük olmasının nedeni sağlık profesyonellerinin vakaları tespit edecek ve raporlayacak bilgiye sahip olmaması olarak gösterilmiştir (137–139). Amerika'da Kennedy tarafından birinci basamakta çalışan hekimlerin Yİİ ile ilgili bilgi düzeyi ve tutumlarının incelendiği çalışmada bizimkine benzer şekilde Yİİ vakalarını bildirim oranı düşük bulunmuştur. Katılımcılar bildirimde bulunmama nedenlerini olarak yaşlı kişinin istismarı yalanlaması, istismardan emin olamama, Yİİ belirti ve bulgularının silik olması, protokollerin tam olarak bilinmemesi ve kurumlarla nasıl iletişim kurulacağını bilememeleri olarak sıralamışlardır (141). Jones ve arkadaşları Yİİ vakalarını bildirmeme nedenlerini şöyle sıralamışlardır: Belirtilerin küçük veya aşikar olmaması, yaşlı kişinin yalanlaması, raporlamanın nasıl yapılacağının bilinmemesi, yasaların bilinmemesi, yetkili kişilerin ilgisizliği, hasta-hekim arasındaki gizliliğin zarar göreceğinden endişe etme (138). Almogue ve arkadaşlarının hastanede çalışan hekim ve hemşireler üzerinde yaptığı çalışmada katılımcılar; yasal süreçlere dahil olmak istemediklerini, bildirimde kanunundan haberdar olmadıklarını, bildirimde bulunurken izlenecek yolu bilmediklerini, istismarın belirtilerinin silik olması sebebiyle yeterince fark edemediklerini ve mağdurun olayı reddedebileceğini düşündükleri için bildirimde bulunmadıklarını ifade etmektedirler (139). Bu durum, yaşlı istismarının tespit edilmesi ve uygun şekilde yönetilmesi için sağlık çalışanlarına yönelik eğitim programlarının artırılmasının gerekliliğini vurgulamaktadır. Bildirimin

düşük olmasının bir diğer önemli nedeni, sağlık çalışanlarının bildirim sürecinin kendilerini yeterince korumadığına inanmasıydı. Bu bulgu, istismar vakalarına müdahale eden sağlık çalışanlarının, bildirimde bulunduklarında hukuki ve mesleki olarak karşılaşabilecekleri risklerden endişe duyduklarını göstermekteydi. Dolayısıyla, sağlık çalışanlarının güvenliğini sağlamak amacıyla bildirim sürecinin daha koruyucu hale getirilmesi, hukuki destek mekanizmalarının güçlendirilmesi ve bu konuda bilgilendirme yapılması önem taşımaktadır. Ayrıca, iş yoğunluğu nedeniyle vakit ayıramama ve hasta gizliliğini ihlal etme kaygısı gibi nedenler de bildirim sürecini engelleyen faktörler arasında yer almaktaydı. Sağlık çalışanlarının yalnızca hastanın klinik sorunlarıyla ilgilenmesi gerektiğini düşünmesi ise, yaşlı istismarına yönelik farkındalığın sağlık hizmetlerinde henüz yeterince yerleşmediğini göstermektedir. Bu sonuçlar, yaşlı istismarını tespit etmede farkındalık eğitimlerinin yanında sağlık çalışanlarının Yİİ bildirim sürecinde korunmasını sağlayacak hukuki düzenlemelerin geliştirilmesi gerektiğini ortaya koymaktadır. Özellikle iş yoğunluğunun azaltılmasına yönelik düzenlemeler ve hasta gizliliğini ihlal etmeden bildirim yapmaya yönelik rehberler, sağlık çalışanlarının bu konudaki çekincelerini azaltmada etkili olabilir.

Çalışmamızda sağlık çalışanlarının Yİİ'yi önlemeye yönelik önerileri incelendiğinde, en sık vurgulanan önlemler arasında yasal düzenlemelerin yapılması, yaşlılara hizmet veren meslek gruplarının bilinçlendirilmesi ve toplumsal farkındalığın artırılması yer almaktaydı. Bu bulgular, yaşlı istismarının önlenmesi için hem hukuki hem de eğitimsel stratejilerin geliştirilmesine duyulan ihtiyacı göstermektedir. Katılımcılar, risk altındaki yaşlı nüfusun yaşadığı alanların denetlenmesi gerektiğini de önemli bir önlem olarak belirtmiştir. Bu durum, ihmal ve istismara karşı önlemler alınması ve yaşlıların yaşadığı çevrelerin düzenli olarak gözlemlenmesinin önemini vurgulamaktadır. Sağlık çalışanlarının bir kısmı yaşlılarla yakın temas halinde olan sağlık çalışanlarına istismar vakalarını bildirme zorunluluğu getirilmesi gerektiğini belirtmiştir. Ancak bu oranın diğer önerilere kıyasla daha düşük olması, zorunlu bildirimin etkinliği konusunda sağlık çalışanlarının bazı çekinceleri olabileceğini düşündürebilir. Bu doğrultuda, yasal düzenlemelerin oluşturulması, toplum geneli ve sağlık çalışanlarında Yİİ farkındalığının artırılması ve 65 yaş üstü yaşlı bireylere

yönelik düzenli takip mekanizmalarının geliştirilmesi Yİİ ile mücadelede kritik adımlar olarak gösterilebilir.

Mevcut çalışmada sağlık çalışanlarının sosyodemografik özellikleriyle son 12 ay içerisinde ASM'ye başvuran 65 yaş ve üzeri hastalarda ihmal ve istismar bulgusunu fark etme durumu karşılaştırıldı.

Türkiye'de ve dünyada yapılan çalışmalarda Yİİ ile en çok karşılaşan meslek grubu aile hekimleri olarak bulunmuştur (23,149). Malezya'da hemşirelerin doktorlara göre Yİİ vakalarını daha iyi tanımlayıp bildirdikleri ortaya konmuştur (123). Bizim çalışmamızda ise hekim ve diğer sağlık personeli arasında Yİİ'yi fark etmede anlamlı bir fark bulunmadı.

Almogue ve arkadaşlarının çalışması da bizimkine benzer şekilde hekim ve hemşireler arasında Yİİ farkındalığı için anlamlı bir fark bulunmamıştır (139). Mevcut araştırmada çalıştığı ASM'ye başvuran günlük hasta sayısı 0-50 arasında olan katılımcıların, Yİİ'yi fark etme durumları, günlük hasta sayısı 51-150 ve 151-500 arasında olan katılımcılara göre daha düşük bulundu. Çalıştığı ASM birimine başvuran 65 yaş ve üzeri hasta sayısı 0-25 aralığında olan katılımcıların Yİİ'yi fark etme durumları daha düşük bulundu. Mandıracıoğlu ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada, üniversite hastanelerinde görev yapan sağlık çalışanlarının, devlet hastanelerinde çalışanlara göre toplam hasta sayısı ve 65 yaş ve üzeri hasta sayısının daha az olduğu ve katılımcıların istismarı tanıma puanlarının da daha düşük olduğu görülmüştür (122).

Çalışmamızda katılımcıların sosyodemografik özelliklerinin sağlık çalışanlarının Yİİ'yi fark edebilmesi hakkındaki görüşlerine göre dağılımına bakıldığında diğer sağlık personelinin hekimlere kıyasla daha yüksek bir oranla, sağlık çalışanlarının çoğunun yaşlı ihmal ve istismarını fark edebilmesi gerektiğini düşündüğü görüldü. Ahmed ve arkadaşları tarafından Malezya'da birinci basamakta çalışan hemşire ve doktorlar üzerinde yapılan bir çalışmada bizimkine benzer şekilde hemşireler Yİİ vakalarının sağlık çalışanları tarafından fark edilmesi gerektiğini düşünmektedir (123). Alabama'da hekim ve diğer sağlık personeli üzerinde yapılan çalışmada bizimkinden farklı olarak meslek gruplarının hepsi "*çoğu yaşlı istismarı*

*vakasının bir doktor veya başka bir sağlık hizmeti sağlayıcısı tarafından asla görülmediği*" konusunda hemfikir bulunmuştur (137).

Bu çalışmada katılımcıların sosyodemografik özelliklerinin geriatrik yaş grubu için Yİİ'nin önemliliği hakkındaki görüşlerine göre dağılımına bakıldı. 10 yıldan fazla mesleki deneyime sahip sağlık çalışanlarının, geriatrik yaş grubu için Yİİ'nin önemli bir problem olduğunu düşündükleri görüldü. Bu durum, deneyimle birlikte Yİİ vakalarına daha fazla maruz kalmaları ve bu konuda artan farkındalıklarıyla açıklanabilir. Ancak, bazı araştırmalar uzun yıllar meslekte çalışanların zamanla istismar belirtilerine duyarsızlaşabileceğini ve bildirim yapma konusunda çekimser kalabileceğini öne sürmektedir (132,146,147). Bu farklılıklar, bireysel deneyimler, kurumsal politikalar ve kültürel faktörlerden kaynaklanabilir.

Mevcut çalışmadaki katılımcıların sosyodemografik özelliklerinin Yİİ'nin kentsel-kırsal görünme oranları hakkındaki görüşlerine göre dağılımına bakıldığında 40 yaş üstü katılımcıların kentsel bölgelerde Yİİ'nin daha fazla olduğunu düşündükleri görüldü. Deneyimle birlikte şehirleşmenin getirdiği sosyal izolasyon, bireyselleşme ve hızlı yaşam temposu gibi faktörlerin yaşlı istismarını artırabileceğine dair bir farkındalığın geliştiğini düşündürebilir. Kırsal bölgelerde ise geleneksel aile yapısının daha koruyucu olduğu algısı, istismar vakalarının daha az olduğuna inanılmasına yol açmış olabilir.

Çalışmamızda katılımcıların sosyodemografik özelliklerinin Yİİ'nin Türkiye'deki önemi hakkındaki görüşlerine göre dağılımında diğer sağlık personelinin hekimlere kıyasla bu konuyu daha büyük bir sorun olarak değerlendirdiği görüldü. Bu bulgu, diğer sağlık personelinin yaşlı bireylerle daha yakın süreli ve uzun süreli etkileşimde bulunmalarına bağlı olarak istismar belirtilerini daha fazla gözlemleyebilmeleriyle açıklanabilir. Ayrıca, hekimler genellikle tıbbi tanı ve tedavi süreçlerine odaklanırken, diğer sağlık personeli hastaların günlük bakım ve sosyal durumlarına daha fazla maruz kalabilmektedir. Bu durum, Yİİ'nin ciddiyetine ilişkin algılarının daha yüksek olmasına neden olabilir.

Mevcut çalışmamızda 10 yıldan fazla mesleki deneyimi olanların Yİİ tarama testi varlığı hakkında daha fazla bilgi sahibi olduğu saptandı. Meslekte geçirilen

sürenin artmasıyla mesleki bilgi ve birikim artmaktadır. Daha fazla yaşlı hastayla iletişimde bulunan sağlık profesyonelleri Yİİ konusunda farkındalık sahibi olmuş olabilirler.

Bu çalışmada 40 yaş ve üzeri ve 10 yıldan daha fazla mesleki deneyimi olan sağlık çalışanları Yİİ bildiriminde yasal zorunluluğu olduğunu düşündü. Yaş ve mesleki deneyimin artmasıyla sağlık çalışanlarının yasal sorumlukları hakkında bilgi birikimi artmış olabilir. Aynı zamanda sağlık çalışanları meslekte geçirdikleri süre içerisinde hizmet içi eğitimler almış olabilirler.

Almogue ve arkadaşlarının hekim ve hemşireler üzerinde yaptığı araştırmada hemşireler doktorlara göre yasal düzenlemeler hakkında daha bilgili bulunmuştur. Katılımcıların sadece %10'u meslekte deneyimli sağlık çalışanlarının Yİİ vakalarını tespit edemeyeceğini ifade etmişlerdir. Sağlık çalışanlarının Yİİ vakalarıyla ilgili bilgi düzeyiyle yasal sorumluluk hakkındaki bilgileri karşılaştırılmıştır. Bilgi düzeyi yüksek çıkan sağlık çalışanlarının yasal sorumlulukları daha iyi bildiği görülmüştür (139). Ahmed ve arkadaşları tarafından Malezya'da birinci basamakta çalışan hemşire ve doktorlar üzerinde yapılan başka bir çalışmada hem doktorlar hem hemşireler Yİİ göstergeleri ve yasal düzenlemeler hakkında düşük bilgi düzeyine sahip bulunmuşlardır. Yasal düzenlemeler hakkındaki bilgi düzeyleri için meslek grupları arasında fark görülmemiştir. Hemşireler doktorlara göre Yİİ vakalarını raporlamada daha temkinli bulunmuşlardır (123).

Mevcut çalışmada ASM'ye başvuran günlük hasta sayısı fazla olan sağlık çalışanlarının Yİİ tespit etmede kendini yeterli hissettiği görüldü. Sağlık çalışanlarının daha çok hastayla karşılaşması klinik becerilerinde artmaya ve kendilerine olan güvenlerinin artmasına neden olabilir.

Mevcut çalışmada, meslekteki çalışma yılına göre, daha az deneyime sahip olanların EASI'yi daha sık kullandıkları ortaya çıktı. Leddy ve arkadaşlarının kadın hastalıkları ve doğum doktorları üzerinde yaptığı çalışmada 54 yaş altı erkek doktorların Yİİ hakkında daha az tarama yapma eğiliminde olduğu görülmektedir (140).

# 6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Bu araştırma Sivas il merkezindeki 29 ASM biriminde çalışan 228 aile sağlığı elemanı ile 15 Mart 2024- 15 Ocak 2025 tarihleri arasında yürütüldü.

- Katılımcıların yaş ortalamaları 39,91 ± 9,55 yıldı.
- Araştırmaya katılan birinci basamak sağlık çalışanlarının %68'i kadın ve %83,8'i evliydi.
- Katılımcıların %39,5'i pratisyen aile hekimi, %28,9'u hemşire, %24,1'i ebe, %6,1'i uzman aile hekimi, %1,3'ü acil tıp teknisyeni ve sağlık memuruydu.
- Katılımcıların %68,4'ünün mesleki deneyimi 10 yıldan daha fazlaydı.
- Araştırmaya katılan kişilerin %91,7'si 65 yaş üstü bireyle aynı evde yaşamıyordu.
- Katılımcıların %58,3'ü son 12 ay içinde ASM birimine başvuran yaşlı hastalarda Yİİ bulgusunu fark etmemişti.
- Katılımcılar son 12 ay içerisinde %24,6 oranında ihmal, %15,4 oranında psikolojik, %12,7 oranında ekonomik, %1,3 oranında fiziksel istismarla karşılaşmıştı. Cinsel istismarla karşılaşan katılımcı yoktu.
- Araştırmaya katılan sağlık çalışanlarının %75,9'u Yİİ hakkında eğitim almamıştı.
- Katılımcıların %87,3'ü daha önce Yİİ kavramını duymuştu ve %75,0'ı güncel bilgileri takip etmiyordu.
- Katılımcıların %90,4'ü Yİİ konusunun geriatrik yaş grubu için önemli bir problem olduğunu düşünüyordu.
- Katılımcıların %84,6'sının Yİİ hakkında bir tarama testi varlığından haberi yoktu.
- Araştırmaya katılan kişilerin %63,2'si Yİİ vakalarını bildirmede yasal zorunluluğu olduğunu düşünüyordu ve %88,6'sı Yİİ hakkında yeterli yasal bilgiye sahip olmadığını belirtti.
- Katılımcıların Yİİ risk faktörü olarak düşündüğü öncüller sırasıyla şöyleydi: Yalnız yaşama (%92,7), fiziksel yetersizliği olma (%90,4),

dul olma (%86,0), bakımevlerinde yaşama (%81,6), kadın olma (%80,3), ekonomik düzeyinin düşük olması (%80,3), alkol-madde kullanımı (%78,5), kalabalık ailede yaşama (%41,7), ekonomik düzeyin yüksek olması (%34,2).

- Katılımcıların %75'i Yİİ vakalarını tespit etmede kendini yetersiz hissetti.
- Araştırmaya katılan sağlık çalışanlarının hiçbiri Yaşlı şüphe indeksini kullanmıyordu.
- Çalıştığı ASM'ye başvuran günlük hasta sayısı (p = 0,010) ve günlük 65 yaş ve üzeri hasta sayısı (p = 0,032) az olanların Yİİ'yi fark etme durumları daha düşüktü.
- Diğer sağlık personeli hekimlere kıyasla daha yüksek bir oranla, sağlık çalışanlarının çoğunun Yİİ'yi fark edebilmesi gerektiğini düşündü (p=0,048).
- 10 yıldan fazla mesleki deneyime sahip sağlık çalışanlarının, geriatrik yaş grubu için Yİİ'nin önemli bir problem olduğunu düşündükleri görüldü (p=0,0028).
- 40 yaş üstü katılımcıların kentsel bölgelerde Yİİ'nin daha fazla olduğunu düşündükleri görüldü (p = 0,005).
- Diğer sağlık personeli hekimlere kıyasla Yİİ'yi Türkiye'de daha büyük bir sorun olarak değerlendirmekteydi (p = 0,004).
- 10 yıldan fazla mesleki deneyimi olanların Yİİ tarama testi varlığı hakkında daha fazla bilgi sahibi olduğu saptandı (p = 0,003).
- 40 yaş ve üzerinde olanlar (p = 0,043) ve 10 yıldan daha fazla mesleki deneyimi olanlar (p = 0,027), sağlık çalışanlarının Yİİ bildiriminde yasal zorunluluğu olduğunu daha fazla bildirdi.
- ASM'ye başvuran günlük hasta sayısının fazla olan sağlık çalışanlarının Yİİ tespit etmede kendini daha fazla yeterli hissettiği görüldü (p=0,049).

Bu araştırmadan elde edilen bulgular ışığında verilebilecek öneriler şunlardır:

- Dünyada ve Türkiye'de yaşam süresinin uzamasına bağlı yaşlı nüfusun artması yaşlı bireylere ait sorunları da beraberinde getirmektedir. Yaşlı kişilerin sorunlarını daha görünür kılmak için gerekli kurum ve kuruluşlarca yazılı ve görsel basında kamu spotu gibi bilgilendirici kampanyalar hazırlanabilir.
- Birinci basamak sağlık hizmetleri hastaların ilk başvurduğu kurum olması ve hastalara daha bütüncül yaklaşmaları nedeniyle ihmal ve istismar bulgularını ilk fark edecek kurum konumundadır. Bu yüzden birinci basamak sağlık çalışanlarına Yİİ hakkındaki farkındalık ve bilgi düzeylerini arttıracak güncel hizmet içi eğitimler ve düzenli seminer programları uygulanabilir.
- Yaşlı hastanın sosyal, psikolojik, ekonomik, klinik gibi birçok yönden uzun süreli takibinin yapılabildiği ve karşılıklı güven ilişkisinin kurulduğu ASM'lerde Yİİ'ye yönelik tarama ve değerlendirme formları rutin olarak uygulamaya koyulabilir.
- Birinci basamak başta olmak üzere diğer sağlık hizmet vericilerinde çalışan sağlık çalışanlarına yasal düzenlemeler hakkında eğitim verilebilir. Bildirim öncesi ve sonrası izlenecek yollar hakkında fikir sahibi olmaları sağlanabilir. Hem yaşlı bireyin hem de sağlık çalışanının kendini güvende hissetmesi sağlanabilir.
- Yaşlılara yönelik programların geliştirilmesi ve birinci basamakta çalışan sağlık çalışanlarının Yİİ hakkında bilgi düzeyi ve farkındalık durumunu ortaya koymak amacıyla ileriye yönelik daha geniş ölçekli araştırmalar yapılabilir.

## KAYNAKLAR


1. Büken N, Büken E. Yaşlanma Olgusu ve Tıp Etiği. Geriatri. 2003;6(2):75–9.
2. Kıssal A, Beşer A. Yaşlı İstismar ve İhmalinin Değerlendirilmesi. TAF Prev Med Bull. 2009;8(4):357–64.
3. Yeşil P, Taşcı S, Öztunç G. Yaşlı İstismar ve İhmali. Düzce Üniversitesi Sağlık Bilim Enstitüsü Derg. 2016;6(2):128–34.
4. Çiftçi H, Bostancı Daştan N, Kaya F. Acil Servisin Bilinmeyen-Görülmeyeni: Yaşlı İstismarı. STED / Sürekli Tıp Eğitimi Derg. 2020 Jun 3;213–6.
5. Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı: Türkiye'de Yaşlıların Durumu ve Yaşlanma Ulusal Eylem Programı [İnternet]. Ankara 2013. [Son güncelleme tarihi: Kasım 2013;
6. TUIK Yaşlı Nüfus
7. Toraman H, Özkaya F, Bulut M, Ünal A, Kesen N, Daşbaş S. Yaşlı İstismarı ve İhmalinin Önlenmesine Yönelik Uygulamalar. Süleyman Demirel Üniversitesi Vizyoner Derg. 2022 May 20;13(34):642–58.
8. Ageing and health.
9. Türk Dil Kurumu. Yaşlı ne demek TDK Sözlük Anlamı [Internet]. [Erişim Tarihi:01.01.2025].
10. Tezcan S, Seçkiner P. Yaşlı Sağlığı. In: Aslan D, Ertem M, Editor. Yaşlı Sağlığı: Sorunlar ve Çözümler. Hasuder Yayın; 2012. p. 1–9.
11. Launch of the World report on ageing and health [Internet]. Geneva 2015.
12. World Health Organization. WHO Psychogeriatric, Rep a WHO Sci Gr. Geneva; 1972;14(1):9–21.
13. Türk Dil Kurumu. İhmal ne demek TDK Sözlük Anlamı [Internet]. [Erişim Tarihi:14.01.2025].
14. Gökçe Kutsal Y, Aslan D, Aydos TR, Kut A, Erberk Özen N, Saygun M, et al. Hekimlerin Yaşlı İhmal Ve İstismarı Konusundaki Farkındalığına Yönelik Kısa Bir Değerlendirme. STED / Sürekli Tıp Eğitimi Derg. 2022 Apr 6;

15. Lok N. Elder Abuse and Neglect in Turkey: A Systematic Review. Psikiyatr Guncel Yaklasimlar - Curr Approaches Psychiatry. 2014;1.

16. G. R. Burston. Granny-battering. Br Med J. 1975;592.

17. Phelan A. Elder abuse in the emergency department. Int Emerg Nurs . 2012 Oct [Erişim Tarihi:09.01.2025];20(4):214–20.

18. Sethi D (Dinesh), World Health Organization. Regional Office for Europe. European report on preventing elder maltreatment. 2011;86.

19. Akkaya B, Çöl M. Halk Sağlığı Bakışıyla Yaşlı İstismarı ve İhmali. Turkish J Fam Med Prim Care. 2022 Jun 20;16(2):456–64.

20. Yaffe MJ, Fcfp C, Tazkarji B, Abfm C. Clinical Review | Care of the Elderly Series Understanding elder abuse in family practice. Vol. 58, Canadian Family Physician • Le Médecin de famille canadien |. 2012.

21. Rinker AG. Recognition and perception of elder abuse by prehospital and hospital-based care providers. Arch Gerontol Geriatr. 2009 Jan;48(1):110–5.

22. Akdemir N, Görgülü Ü, Çınar Fİ. Yaşlı İstismarı ve İhmali. Sağlık Bilim Fakültesi Hemşirelik Derg. 2008;68–75.

23. Yalçın Gürsoy M, Tanrıverdi G, Yılmaz HE. The Experiences of Health Professionals Working in Family Health Centers with the Abuse of Older Adults and Related Factors: A Cross-Sectional Study. Turkiye Klin J Heal Sci. 2022;7(4):1120–6.

24. Constitution of the World Health Organization [Internet]. [Erişim Tarihi:12.11.2024].

25. Aytaç E, Aslan H. Hastane ve Sağlık Yöntemi: Güncel Konular-I. In: Yılık P, Beylik U, Editor. İksad Yayınevi; 2023. p. 4–16.

26. Kıraç çiftçi F, Çiftçi Z. Modern Sağlık Yönetiminde Temel Konular - Google Kitaplar. In: Söyler S, Çavmak D, Editor. Eğitim Yyınevi; [Erişim Tarihi:12.11.2024]. p. 9.

27. WHO. Halk sağlığı için yeni sorunlar: bölgelerarası toplantı raporu, Cenevre, 27-30 Kasım 1995

28. Öztek Z, Üner S, Eren N. Halk Sağlığı Genel Bilgiler 1.Cilt. Güler Ç, Akın L, Editor. Hacettepe Üniversitesi; 2015. 2–23 p.

29. WHO. The world health report 2008 : primary health care now more than ever [Internet]. 2008 [Erişim Tarihi:12.11.2024].

30. Freeman TR. McWhinney's Textbook of Family Medicine. Oxford University Press; 2016.

31. Allen J, Gay B, Paris F, Crebolder H, Catholic JH, Svab I. The Role of the General Practitioner and A description of the Core Competencies of the General Practitioner / Family Physician. Prepared for WONCA Europe (The European Society of General Practice/ Family Medicine), 2002. 2002.

32. Starfield B. Primary care: balancing health needs, services and technology. Int J Integr Care . 2001 [Erişim Tarihi:12.11.2024];1:e36.

33. Starfield B. Promoting equity in health through research and understanding. Dev World Bioeth . 2004;4(1):76–95.

34. Tırpan K. Akademik Geriatri Birinci Basamak ve Geriatri İlişkisi. 2010.

35. Mollahaliloğlu S, Kosdak M, Eryılmaz Z. Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı sağlık istatistikleri yıllığı 2008 = The Ministry of Health of Turkey health statistics yearbook 2008. Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı; 2011. 137 p.

36. Akman E, Tarım M. Türkiye ve İngiltere Sağlık Sistemleri: Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri Karşılaştırması. Usaysad Derg . 2020;6(2):303–16.

37. Mevzuat Bilgi Sistemi [Internet]. [Erişim Tarihi:01.01.2025].

38. Mevzuat Bilgi Sistemi [Internet]. [Erişim Tarihi:01.01.2025 ].

39. Özcan F, Ünlüoğlu İ. Türkiye'de ve Dünya'da Aile Hekimliği. Aylık Aktüel Tıp Derg. 1996;8(7):83–5.

40. Rakel RE, Rakel DP. Family practise. 2016. 34–48 p.

41. Saatçi E, Bozdemir N, Akpınar E. Amerika Birleşik Devletleri'nde Aile Hekimliği. Türkiye Aile Hekim Derg. 2006;10(2):79–86.

42. Artan T. Türkiye'de Yaşlı İstismarına Genel Bir Bakış. TCMaltepe Üniversitesi

Fen-Edebiyat Fakültesi Derg. 2013;1(2):38–61.

43. Unluoglu I. Aile Hekimliği Disiplininde Örgütlülük ve Kazanımlar/ Organization and Earnings in Discipline of Family Medicine. In: Cöbek Ünalan P, Editor. Aile Hekimliğinin Sağlığın Geliştirilmesine Katkısı. Türkiye Klinikleri; 2020. p. 20–4.

44. Duyar I. Yaşlanma, yaşlılık ve antropoloji. In: Mas R, Işık AT, Karan MA, Beğer T, Akman Ş Ü, Editor. Geriatri Cilt 1. 2008. p. 9–20.

45. Öztek Z. Halk Sağlığı Kuramlar ve Uygulamalar. 2020. 661–689 p.

46. Bilir N, Paksoy Erbaydar N. Yaşlılık Sorunları. In: Güler Ç, Akın L, Editor. Halk Sağlığı Cilt 3. Hacettepe Üniversitesi Yayınları; 2012. p. 1528–40.

47. Beğer T, Yavuzer H. Yaşlılık ve Yaşlılık Epidemiyolojisi. Klin Gelişim. 2012;25(3):1–3.

48. TDK. yaşlı ne demek TDK Sözlük Anlamı [Internet]. [Erişim Tarihi:02.01.2025].

49. Türk Dil Kurumu. Yaşlılık ne demek TDK Sözlük Anlamı [Internet]. [Erişim Tarihi:02.01.2025].

50. Akduman GG. "Yaşlı İhmali ve İstismarı." Adli Psikiyatr Derg. 2006;vol:3(1):3–8.

51. Kutsal YG. Yaşlanan Dünyanin YaşlananİnsanlariIn: Tebakademi. 2003. p. 9–15.

52. WHO. World report on ageing and health [Internet]. [Erişim Tarihi:02.01.2025].

53. Tümerdem Y. Gerçek yaş. Turk Geriatr Derg. 2006;9(3):195–6.

54. Men, ageing and health : achieving health across the life span [Internet]. [Erişim Tarihi:03.01.2025].

55. Ergöçmen B, Çağatay P. Dünyada ve Türkiye'de demografik eğilimler. In: Gökçe Kutsal Y, Cangöz B, Baydar T, Editorler. Geriatrik Bilimler. Hacettepe Üniversitesi Yayınları; 2018. p. 11–33.

56. Bongaarts J, Feeney G. How Long Do We Live? Popul Dev Rev . 2002 Mar

27;28(1):13–29.

57. Mba CJ. Population Ageing in Ghana: Research Gaps and the Way Forward. J Aging Res . 2010;2010:1–8.

58. Mollahaliloğlu S, Bora Başaran B, Eryılmaz Z. The ministry of health of Turkey health statistics yearbook 2010 [Internet]. School of Public Health, Refik Saydam Hygiene Center Presidency, Ministry of Health of Turkey; 2011 [Erişim Tarihi:09.01.2025]. 37 p.

59. Division UP. World population ageing 1950-2050 [Internet]. [Erişim Tarihi:09.01.2025].

60. Sosyal T. A ve SPB. Türkiye'de Yaşlıların Durumu ve Yaşlanma Ulusal Eylem Planı Uygulama Programı. 2012.

61. Naciones Unidas [UN]. World Population Prospects 2024 [Internet]. United Nation. 2024. 1–52 p.

62. TUİK. Dünya Nüfus Günü, 2024 [Internet]. [Erişim Tarihi:10.04.2025].

63. TUİK. İstatistiklerle Yaşlılar, 2023 [Internet]. [Erişim Tarihi:05.02.2025].

64. TÜİK Kurumsal [Internet]. [Erişim Tarihi:08.04.2025].

65. Günsoy G, Tekeli S. Nüfusun Yaşlanmasi ve Ekonomik Büyüme İlişkisi: Türkiye Üzerine Bir Analiz. Amme Idaresi Derg. 2015;48(1):35–87.

66. Bengtson, Vern L. and Sılversteın M. Families, Aging, and Social Change: Seven Agendas for 21st-Century Researchers. Annu Rev Gerontol Geriatr. 1993;13(1):15–38.

67. Giddens A. Cinsellik ve toplumsal cinsiyet. Sosyoloji. 2012. 478–523 p.

68. Matcha DA. The Sociology of Aging: A Social Problems Perspective. Allyn and Bacon; 1997. J

69. Eyüpoğlu C, Şişli Z, Kartal M. Yaşam Döngüsünde Yaşlılığın Psikolojik Boyutu Psychological Aspects of Aging in Lifecycle. Turkish Fam Physician. 2012;1(3):18–22.

70. Waite LJ, Plewes TJ. New Directions in the Sociology of Aging. New Directions

in the Sociology of Aging. Washington, D.C.: National Academies Press; 2013. 1–299 p.

71. Cangöz B. Yaşlılıkta bilişsel ve psikolojik değişim. Türk Eczac Birliği Yayını. 2009;4(Geriatri: Multidisipliner Yaklaşım):99–104.

72. Koç M. Gelişim Psikolojisi Açısından Yaşlılık Döneminde Ruhsal Gelişim. Erciyes Üniversitesi Sos Bilim Enstitüsü Derg . 2022;1(12):287–304.

73. Blazer DG. Depression in Late Life: Review and Commentary. Journals Gerontol Ser A Biol Sci Med Sci. 2003 Mar 1;58(3):M249–65.

74. Tagay Ö. İnsan Ömrünün Uzaması ve Getirdikleri. In: Erarslan Çapan B, Editor. Yaşlılarda Çatışma ve Stres Yönetimi I. Anadolu University; 2018. p. 3–27.

75. Owsley C. Aging and vision. Vision Res. 2011 Jul;51(13):1610–22.

76. Katz S, Downs TD, Cash HR, Grotz RC. Progress in Development of the Index of ADL. Gerontologist. 1970 Mar 1;10(1 Part 1):20–30.

77. Lawton MP, Brody EM. Assessment of older people: self-maintaining and instrumental activities of daily living. Gerontologist . 1969;9(3):179–86.

78. Devlet Planlama Teşkilatı Sosyal Sektörler ve Koordinasyon Genel Müdürlüğü. Türkiye'de Yaşlıların Durumu ve Yaşlanma Ulusal Eylem Planı. 2007;1:1–113.

79. Türk Dil Kurumu. İstismar ne demek TDK Sözlük Anlamı [Internet]. [Erişim Tarihi:14.01.2025].

80. Arpacı F, Bakır B. Yaşli İstismari ve İhmali. Türkiye Sos Araştırmalar Derg. 2017;21(3):691–703.

81. Yıldız Mİ. Yaşlıda ihmal ve istismar. In: Gökçe Kutsal Y, Cangöz B, Baydar T, Editor. GERİATRİK BİLİMLER. Hacettepe Üniversitesi Yayınları; 2018. p. 359–78.

82. Tatara T, Kuzmeskus E, Duckhorn E, Bivens L, Thomas C, Gertig J. "The National Elder Abuse Incidence Study Final Report." 1998;1–136.

83. World Health Organization. The Toronto Declaratıon on the Global Prevention of Elder Abuse. Vol. b, Geneva: WHO. 2002.

84. Ertin H, Özkaya H. Etik Açıdan Yaşlıya Kötü Muamele: İstismar ve Toronto Bildirgesi. Turkiye Klin J Med Ethics Law Hist-Special Top. 2016;2(2):77–84.

85. Acierno R, Hernandez MA, Amstadter AB, Resnick HS, Steve K, Muzzy W, et al. Prevalence and Correlates of Emotional, Physical, Sexual, and Financial Abuse and Potential Neglect in the United States: The National Elder Mistreatment Study. Am J Public Health. 2010 Feb;100(2):292–7.

86. Şenuzun Aykar FÇ, Üniversitesi E, Fakültesi H. Yaşlıda istismar ve ihmale yaklaşım Approach to abuse and neglect in the elderly. Ege J Med. 2012;(3):69–77.

87. Polat O, Kalkan Akgül E. Geriatrik Adli Tıp ve Yaşlı Sağlığı. Kalkan Akgül E, Polat O, Editor. Holistence Publications; 2024. 1–37 p.

88. Appelbaum PS. Assessment of Patients' Competence to Consent to Treatment. N Engl J Med. 2007 Nov;357(18):1834–40.

89. Gülen M, Aktürk A, Acehan S, Seğmen, Mustafa Sencer Açıkalın A, Bilen A. Elder Abuse and Neglect. Arch Med Rev J. 2013;22(3):289–321.

90. Tahud, Tahyk. Aile Hekimliği Uzmanlık Eğitimi Çerçeve Programı. Türkiye Aile Hekimleri Uzm Derneği Yayınları [Internet]. 2013;1:6–54.

91. Coleman M, Ganong L. National Center on Elder Abuse. Soc Hist Am Fam An Encycl. 2014;(90).

92. WHO. Abuse of older people [Internet].

93. Schiamberg LB, Oehmke J, Zhang Z, Barboza GE, Griffore RJ, Von Heydrich L, et al. Physical Abuse of Older Adults in Nursing Homes: A Random Sample Survey of Adults With an Elderly Family Member in a Nursing Home. J Elder Abuse Negl. 2012 Jan;24(1):65–83.

94. Wiglesworth A, Mosqueda L, Mulnard R, Liao S, Gibbs L, Fitzgerald W. Screening for Abuse and Neglect of People with Dementia. J Am Geriatr Soc. 2010 Mar 11;58(3):493–500.

95. Dong XQ. Elder Abuse: Systematic Review and Implications for Practice. J Am Geriatr Soc. 2015 Jun 11;63(6):1214–38.

96. Wu L, Chen H, Hu Y, Xiang H, Yu X, Zhang T, et al. Prevalence and associated factors of elder mistreatment in a rural community in People's Republic of China: a cross-sectional study. PLoS One. 2012;7(3):e33857.

97. Chokkanathan S. Factors associated with elder mistreatment in rural Tamil Nadu, India: a cross-sectional survey. Int J Geriatr Psychiatry. 2014 Aug 17;29(8):863–9.

98. Yan E, So-Kum C, Yeung TD. No Safe Haven. Trauma, Violence, Abus. 2002 Jul 1;3(3):167–80.

99. Keskinoglu P, Pýcakcýefe M, Bilgic N, Giray H, Karakus N, Ucku R. Elder abuse and neglect in two different socioeconomic districts in Izmir, Turkey. Int Psychogeriatrics. 2007 Aug;19(4):719–31.

100. Özcan NK, Boyacıoğlu NE, Sertçelik E. Reciprocal Abuse: Elder Neglect and Abuse by Primary Caregivers and Caregiver Burden and Abuse in Turkey. Arch Psychiatr Nurs. 2017 Apr;31(2):177–82.

101. Lachs MS. The Mortality of Elder Mistreatment. JAMA [Internet]. 1998 Aug 5;280(5):428.

102. Mutlu Yılmaz E, Turla A. Yaşlılıkta İstismar ve İhmal. Adli Psikiyatr Derg. 2007;4(4):27–35.

103. Aravanis SC. Diagnostic and treatment guidelines on elder abuse and neglect. Arch Fam Med. 1993 Apr 1;2(4):371–88.

104. Smith CM, Maurer FA. Community Health Nursing: Theory and Practice. 2nd ed. W.B. Saunders Company; 1999.

105. Naik AD, Burnett J, Pickens-Pace S, Dyer CB. Impairment in Instrumental Activities of Daily Living and the Geriatric Syndrome of Self-Neglect. Gerontologist. 2008 Jun;48(3):388–93.

106. Elder Mistreatment [Internet]. Washington, D.C.: National Academies Press; 2003.

107. Reis M, Nahmiash D. Validation of the Indicators of Abuse (IOA) Screen. Gerontologist. 1998 Aug 1;38(4):471–80.

108. Yaffe MJ, Wolfson C, Weiss D, Lithwick M. Development and validation of a tool to assist physicians' identification of elder abuse: The Elder Abuse Suspicion Index *(*EASI ©*)*. Journal of Elder Abuse and Neglect, 2008; 20 (3): 276-300.

109. Yaffe MJ. Elder Abuse Suspicion Index © ( Easi ). 2006;12.

110. Ozmete E. The Hwalek-Sengstock Elder Abuse Screening Test: The adaptation study into Turkish. Anatol J Psychiatry. 2016;17(1):45.

111. Oh J, Kim HS, Martins D, Kim H. A study of elder abuse in Korea. Int J Nurs Stud. 2006;43(2):203–14.

112. Baker MW, Heitkemper MM. The roles of nurses on interprofessional teams to combat elder mistreatment. Nurs Outlook. 2005 Sep;53(5):253–9.

113. Sayan A, Durat G. Yaşı İstismari Ve İhmali: Önleyici Girişimler. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Derg. 2004;7(3):97–106.

114. Bakanlığı TCS. Türkiye Sağlıklı Yaşlanma Eylem Planı ve Uygulama Programı 2015-2020 [Internet]. Ankara 201. Vol. 11, Sustainability (Switzerland). T.C. Sağlık Bakanlığı Yayın; 2019. 1–14 p.

115. Türk Ceza Kanunu [Internet]. 5237 Türkiye: Resmi Gazete 12.10.2004 Sayı:25611;

116. Soysal P, Tan SG. Sağlık Çalışanlarının Yaşlı İstismarı Konusundaki Algısı ve Farkındalığının Araştırılması. Geriatr Bilim Derg. 2020 Dec 31;3(3):132–7.

117. Yurdakul ES, Yavuz Veizi BG, Avci C, Yazir HT, Avaner E, Naharci Mİ, et al. Reliability and validity of the Turkish version of the elder abuse suspicion index in community-dwelling older adults. Turkish J Med Sci. 2023;53(1):432–8.

118. Elder Abuse Suspıcıon Index (EASI ©) Turkısh Versıon [Internet].

119. Karakuş S. Valıdıty and Relıabılıty of The Turkısh Versıon of The Elder Abuse Suspıcıon Index (EASI). Master Thesıs. (Supervısor: İzbırak G) Istanbul: T.C. Yeditepe University Institute Of Health Sciences Department Of Public Health. 2022.

120. Güneş A, Dost A, Üniversitesi B, Fakültesi SB, Bölümü H. Acil Servis

Hemşirelerinin Yaşlı İstismarına İlişkin Bilgi ve Yaklaşımları Knowledge and Approaches of Emergency Nurses on Elderly Abuse. Gevher Nesibe J Med Heal Sci. 2022;7(21):1–08.

121. Kara İH, Türker Y, Hakan L, Baltaci D, Dikici B. Düzca il Merkezinde Bir Aile Sağlığı Merkezine Başvuran Hastaların Demografik Bilgileri İle Başvurudaki Semptomlarının İncelenmesi: Preliminer Çalışma. Düzce Tıp Fakültesi Derg. 2015;17(3):115–9.

122. Mandiracioglu A, Govsa F, Celikli S, Yildirim GO. Emergency health care personnel's knowledge and experience of elder abuse in Izmir. Arch Gerontol Geriatr. 2006 Sep 1;43(2):267–76.

123. Ahmed A, Choo WY, Othman S, Hairi NN, Hairi FM, Mohd Mydin FH, et al. Understanding of elder abuse and neglect among health care professionals in Malaysia: An exploratory survey. J Elder Abuse Negl. 2016 May 26 [Erişim Tarihi:10.01.2025];28(3):163–77.

124. Durmaz A, Yılmaz M. Family physicians' knowledge levels about elder abuse and neglect in a province of Türkiye and hesitations in reporting. Fam Pract. 2023 Feb 1 Erişim Tarihi:10.01.2025 2];

125. Dumortier V, de Freminville H. Diagnosis and Management of Elder Abuse by Family Physician. Open J Soc Sci. 2014;02(06):424–32.

126. Öztürk Başol R. Türkiye ve AB Ülkelerinde Yaşlı Nüfusun Görünümü. Kocaeli Üniversitesi Sos Bilim Derg. 2019 Jun 30;(37):35–46.

127. Joubert L, Posenelli S. Responding to a "Window of Opportunity": The Detection and Management of Aged Abuse in an Acute and Subacute Health Care Setting. Soc Work Health Care. 2009 Oct 19;48(7):702–14.

128. Saveman B, Sandvide Å. Swedish general practitioners' awareness of elderly patients at risk of or actually suffering from elder abuse. Scand J Caring Sci. 2001 Sep 11;15(3):244–9.

129. Özdemir S, Katıpoglu B, Evrın T, Akkus Özdemir F, Kuday Kaykısız E, Ertürk ZK, et al. Evaluation of the awareness of the physicians on negligence and abuse of the elderly patients admitted to emergency department. Disaster Emerg Med

J. 2018 Sep 30;3(3):82–90.

130. Sadler PM, Kurrle SE. Australian Service Providers' Responses to Elder Abuse. J Elder Abuse Negl. 1993 Jul 14;5(1):57–76.

131. Coma M, Muñoz J, Postigo P, Ayuso M, Sierra C, Sayrol T. Visión del maltrato al anciano desde atención primaria. Gac Sanit. 2007 May;21(3):235–41.

132. Com ATB, Gilthorpe MS. Claudine McCreadie. 2000;67–71.

133. Wagenaar DB, Rosenbaum R, Page C, Herman S. Primary care physicians and elder abuse: current attitudes and practices. J Am Osteopath Assoc. 2010 Dec;110(12):703–11.

134. Daly J, Coffey A. Staff perceptions of elder abuse. Nurs Older People. 2010 Apr 29;22(4):33–7.

135. Ahmed A, Choo WY, Othman S, Hairi NN, Hairi FM, Mohd Mydin FH, et al. Understanding of elder abuse and neglect among health care professionals in Malaysia: An exploratory survey. J Elder Abus Negl. 2016 May 26;28(3):163–77.

136. Jogerst GJ, Xu Y, Ohringer JD, Daly JM. Iowa family physician's reporting of elder abuse: 20-year follow-up. J Elder Abuse Negl. 2024 Jan 24;36(1):25–40.

137. Clark-Daniels CL, Steven Daniels R, Baumhover LA. Abuse and neglect of the elderly: Are emergency department personnel aware of mandatory reporting laws? Ann Emerg Med. 1990 Sep;19(9):970–7.

138. Jones JS, Veenstra TR, Seamon JP, Krohmer J. Elder Mistreatment: National Survey of Emergency Physicians. Ann Emerg Med. 1997 Oct;30(4):473–9.

139. Almogue A, Weiss A, Marcus EL, Beloosesky Y. Attitudes and knowledge of medical and nursing staff toward elder abuse. Arch Gerontol Geriatr. 2010 Jul;51(1):86–91.

140. Leddy MA, Farrow VA, Schulkin J. Obstetrician-Gynecologists' Knowledge, Attitudes, and Practice Regarding Elder Abuse Screening. Women's Heal Issues. 2014 Jul;24(4):e455–64.

141. Kennedy RD. Elder abuse and neglect: the experience, knowledge, and attitudes

of primary care physicians. Fam Med. 2005;37(7):481–5.

142. Rodriguez MA. Mandatory Reporting of Elder Abuse: Between a Rock and a Hard Place. Ann Fam Med. 2006 Sep 1;4(5):403–9.

143. Thomson AM, Beavan JR, Lisk R, McCracken LC, Myint PK. Training in elder abuse: The experience of higher specialist trainees in Geriatric Medicine in the UK. Arch Gerontol Geriatr. 2010 Nov;51(3):257–9.

144. Mohd Mydin FH, Othman S. Elder Abuse and Neglect Intervention in the Clinical Setting: Perceptions and Barriers Faced by Primary Care Physicians in Malaysia. J Interpers Violence. 2020 Nov 1 [cited 2024 Jan 10];35(23–24):6041–66.

145. O'Brien JG, Riain AN, Collins C, Long V, O'Neill D. Elder abuse and neglect: a survey of Irish general practitioners. J Elder Abuse Negl. 2014;26(3):291–9.

146. Ko C, Koh CK. Factors related to korean nurses' willingness to report suspected elder abuse. Asian Nurs Res (Korean Soc Nurs Sci). 2012 Sep;6(3):115–9.

147. Corbi G, Grattagliano I, Sabbà C, Fiore G, Spina S, Ferrara N, et al. Elder abuse: perception and knowledge of the phenomenon by healthcare workers from two Italian hospitals. Intern Emerg Med. 2019 Jun;14(4):549–55.

148. Cooper C, Huzzey L, Livingston G. The effect of an educational intervention on junior doctors' knowledge and practice in detecting and managing elder abuse. Int Psychogeriatrics. 2012 Sep;24(9):1447–53.

149. Dow B, Hempton C, Cortes-Simonet EN, Ellis KA, Koch SH, Logiudice D, et al. Health professionals' and students' perceptions of elder abuse. Australas J Ageing. 2013 Mar;32(1):48–51.

## EKLER

**Ek-1. Veri Toplama Formu**

**Birinci basamak sağlık çalışanlarının yaşlı ihmal ve istismarıyla ilgili bilgi, tutum ve davranışları**

**VERİ TOPLAMA FORMU**

***(1) SOSYODEMOGRAFİK ÖZELLİKLER***

**1. Yaş:……..**
**2. Cinsiyet:** 1) Kadın 2) Erkek
**3. Medeni durum:** 1) Evli 2) Bekar/Dul
**4. Meslek:** 1) Pratisyen hekim 2) Uzman hekim 3) Hemşire 4) Ebe 5)Sağlık Memuru
6)ATT
**5. Meslekte kaçıncı yılınız:**
1) 1 veya daha az 2) 2-5 yıl 3) 6-10 yıl 4) 10 yıldan fazla
**6. Günlük hayatta aynı evi paylaştığınız 65 yaş üzeri yaşlı birey var mı?**
1)Evet 2) Hayır
**7. Çalıştığınız Aile Sağlığı Merkezi (ASM) birimine günde kaç hasta başvurmaktadır?**
1) 0-50 2) 51-150 3) 151-500
**8. Çalıştığınız ASM birimine başvuran hastaların kaçı 65 yaş üstüdür?**
1) 0-25 2) 26-75 3) 76-250

***(2) YAŞLI İHMALİ VE İSTİSMARIYLA KARŞILAŞMA VE KONUYLA İLGİLİ EĞİTİM DURUMU***

**1. Son 12 ay içerisinde çalıştığınız ASM birimine başvuran 65 yaş üstü hastaların yüzde kaçında ihmal veya istismar bulguları vardı?**
1) %0-1 2) %2-5 3) %6-10 4) %10 üzeri
**2. Son 12 ay içinde çalıştığınız ASM birimine başvuran 65 yaş üstü hastalarda istismar bulgularından herhangi birini fark ettiniz mi?**
1) Evet 2) Hayır
**3. Son 12 ay içinde aşağıdaki yaşlı istismar türlerinden en çok hangisi/hangileriyle karşılaştınız?**
1) Fiziksel istismar 2) Cinsel istismar 3) Psikolojik istismar 4) Ekonomik istismar
5) İhmal 6) Hiçbiri
**4. Yaşlı ihmal ve istismarıyla ilgili herhangi bir eğitim aldınız mı?**
1) Hizmet içi eğitimle aldım. 2) Lisans eğitiminde aldım. 3) Hiç almadım.
**5. Yaşlı istismar ve ihmali konusunda yeterli eğitimi aldığınızı düşünüyor musunuz?**
1) Evet 2) Hayır
**6. Yaşlı istismarı konusundaki eğitimin gerekli olduğunu düşünüyor musunuz?**
1) Evet 2) Hayır 3) Fikrim yok

***(3) YAŞLI İSTİSMARI VE İHMALİ BİLGİSİ***

**1. Daha önce yaşlı istismarı kavramını duydunuz mu?**

1) Evet 2) Hayır

**2. Duyduysanız nereden duydunuz?**

1) Sosyal medya 2) Dergi-kitap 3) TV 4) Sosyal çevre 5) Lisans eğitimi 6) Kongre

**3. Yaşlı ihmal ve istismar ile ilgili güncel bilgileri takip ediyor musunuz?**

1) Evet 2) Hayır

**4. Sizce hekim veya sağlık çalışanları yaşlı istismarının çoğunu fark edebilir mi?**

1) Evet 2) Hayır 3) Fikrim yok

**5. Sizce geriatrik yaş grubu için yaşlı istismarı önemli bir problem midir?**

1) Evet 2) Hayır 3) Fikrim yok

**6. Sizce kentlerde yaşlı istismarı kırsal alana göre daha mı fazladır?**

1) Evet 2) Hayır 3) Fikrim yok

**7. Sizce yaşlı istismarı Türkiye'de çok önemli bir sorun mudur?**

1) Evet 2) Hayır 3) Fikrim yok

**8.Aşağıdaki yaşlı istismar türlerinden hangilerini biliyorsunuz?**

1) Fiziksel istismar 2) Cinsel istismar 3) Psikolojik istismar 4) Ekonomik istismar

5) İhmal 6) Hiçbiri

**9. Sizce geçerlilik ve güvenilirliği bulunan bir yaşlı istismar ve ihmal tarama testi var mıdır?**

1) Evet 2) Hayır 3) Fikrim yok

**10. Sizce aşağıdaki öncüllerden hangisi/hangileri yaşlı istismarı açısından risk faktörlerindendir?**

| | Evet | Hayır | Fikrim yok |
|---|---|---|---|
| 1) Kadın olma | | | |
| 2) Dul olma | | | |
| 3) Yalnız yaşama | | | |
| 4) Kalabalık ailede yaşama | | | |
| 5) Bakım evlerinde yaşama | | | |
| 6) Ekonomik düzeyin yüksek olması | | | |
| 7) Ekonomik düzeyin düşük olması | | | |
| 8) Fiziksel zihinsel yetersizliği olma | | | |
| 9) Alkol, madde kullanımı | | | |

**11. Sizce yaşlı istismarı ile karşılaşıldığında sağlık çalışanlarının bildirimde yasal zorunluluğu var mıdır?**

1) Evet 2) Hayır 3) Fikrim yok

**12. Yaşlı istismarına yönelik yasal düzenlemelerle ilgili bilginiz var mı?**

1) Evet 2) Hayır

***(4)YAŞLI İSTİSMARI VE İHMALİ TUTUM VE DAVRANIŞ***

**1. İstismarı olan yaşlı hastaları tespit etmede kendinizi yeterli hissediyor musunuz?**

1) Evet 2) Hayır

**2. İstismarı olan yaşlı hastaları bildirmede kendinizi yeterli hissediyor musunuz?**

1) Evet 2) Hayır

**3. İstismarı sorgulama, tespit etme ve yönetmenin ne kadar zaman aldığını düşünüyorsunuz?**

1) Çok az 2) Az 3) Fazla 4) Çok fazla

**4. Herhangi bir nedenle başvuran 65 yaş ve üzeri hastaları muayene ve tedavi sırasında yaşlı istismarı ne sıklıkta aklınıza gelir?**

1) Hiçbir zaman 2) Nadiren 3) Genellikle 4) Her zaman

**5. Son 12 ayda yaşlı istismarı veya ihmali vakasıyla karşılaştıysanız nasıl fark ettiniz?**

1) Karşılaşmadım.
2) Yaşlı kişi kendisi söyledi.
3) Ben fark ettim.
4) Akrabaları/komşuları söyledi.

**6. Aşağıdaki durumlardan hangisi ya da hangilerinin olması durumunda yaşlı istismarından şüphelenirsiniz?**

| | |
|---|---|
| 1) Benzer yaralanmalar için sık sık sağlık kuruluşun gelme | 9) İçe kapanık mizaç |
| 2) Tıbbi yardımların olmaması ya da düzenli kullanılmaması (örn., ilaç, baston, gözlük) | 10) Uygunsuz ve anksiyeteli beden dili |
| 3) Tıbbi tedavinin gecikmesi/ Tıbbi tedavilerin uygu kullanılmaması | 11) Yetersiz beslenme |
| 4) Klinik durum ile öykünün uyuşmaması | 12) Hijyen sorunları |
| 5) Hasta yakını ve hasta anamnezinin tutarsız olmas | 13) Uygun olmayan giyim |
| 6) Soruları cevaplarken bakım verene bakma | 14) Gözlerde şişlik. Göz altında morluk. Konjonktival retinal kanamalar |
| 7) Yaklaşıldığı ya da dokunulduğunda irkilme | 15) Anal bölgede ağrı/zedelenme |
| 8) Yetersiz göz teması | 16) Kesikler, kırıklar, çürükler |

**7. Yaşlı istismarını tanımlamaya yönelik form [Yaşlı İstismarı Şüphe İndeksi © (EASI)] kullanım sıklığınız?**

1) Her zaman 2) Bazen 3) Hiçbir zaman

**8. Yaşlı ihmal ve istismar şüphesi duyduğunuz hastalara aşağıdaki soruları (EASI© sorularını) ne sıklıkla yöneltirsiniz?**

| | Her zaman | Bazen | Hiçbir zaman |
|---|---|---|---|
| 1) Şunlardan herhangi birisi için başkalarına bel bağladığınız oldu mu: yıkanma, giyinme, alışveriş, banka işlemleri veya yemek? | | | |
| 2) Herhangi bir kişi yemek yemenizi, giyinmenizi, ilaç almanızı, gözlük takmanızı, işitme cihazı kullanmanızı, tıbbi bakım almanızı veya istediğiniz kişilerle birlikte olmanızı engelledi mi? | | | |
| 3) Herhangi bir kişi sizinle, kendinizi utanmış veya tehdit edilmiş gibi hissettirecek şekilde konuştuğu için üzüldünüz mü? | | | |
| 4) Herhangi bir kişi sizi, istemediğiniz halde, kâğıt imzalamaya veya paranızı kullanmaya zorlamaya çalıştı mı? | | | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| 5) Herhangi bir kişi sizi korkuttu mu, istemediğiniz şekilde size dokundu mu veya size fiziksel olarak zarar verdi mi? | | | |

**9. Yaşlı ihmal veya istismar vakasıyla karşılaştığınızda hangi yolu izlersiniz?**

1) Sadece klinik müdahalede bulunurum.
2) Aileyi uyarırım, önerilerde bulunurum.
3) Bildirimde bulunurum.
4) Kararsızım.

**10. Son 12 ayda yaşlı ihmali ve istismarıyla karşılaştığınızda bildirimde bulundunuz mu?**

1) Evet 2) Hayır 3) Karşılaşmadım.

**11. Son 12 ay içinde aşağıdaki yaşlı istismar türlerinden en çok hangisi/hangilerini bildirdiniz?**

1) Fiziksel istismar 2) Cinsel istismar 3) Psikolojik istismar 4) Ekonomik istismar
5) İhmal 6) Hiçbiri

**12. Eğer bildirimde bulunduysanız nasıl bir yol izlediniz?**

1) Adli bildirimde bulundum.
2) Savcılığa yazılı bildirim yaptım.
3) Sosyal hizmetlere bildirim yaptım.
4) Polise haber verdim.
5) Diğer (yazınız)…….
6) Karşılaşmadım/ Bildirimde bulunmadım.

**13. Eğer bildirimde bulunmadığınızı ya da az bildirimde bulunduğunuzu düşüyorsanız bunun sebepleri nelerdir (birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz)?**

1) Yaşlı ihmal ve istismar konusunda yeterli bilgi ve deneyime sahip değilim.
2) İş yeri yoğunluğu nedeniyle vakit ayıramıyorum.
3) Hasta gizliliğini ihlal etmek istemiyorum.
4) Hastanın daha çok klinik problemlerinin beni ilgilendirdiğini düşünüyorum.
5) Bildirim sonucunda ortaya çıkacak sorunlara karşı sağlık çalışanlarının yeterince korunmadığını düşünüyorum.

**14. Yaşlı ihmal ve istismarın engellenmesi için nelerin yapılması gerektiğini düşünüyorsunuz (birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz)?**

1) Yasal düzenlemeler yapılmalı
2) Yaşlılara hizmet veren meslek grupları bilinçlendirilmeli
3) Toplumsal farkındalık kazandırılmalı
4) Risk altındaki yaşlı nüfusun yaşadığı alanlar denetlenmeli
5) Yaşlılarla yakın ilişkide bulunan sağlık çalışanlarına yaşlı istismar vakalarını bildirme zorunluluğu getirilmeli

**Ek-2. Etik Kurulu Bilgilendirilmiş Olur Formu**

**SİVAS CUMHURİYET ÜNİVERSİTESİ GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU BİLGİLENDİRİLMİŞ OLUR FORMU**

Sayın ……..

Bu katılacağınız çalışma bilimsel bir araştırma olup, araştırmanın adı 'Birinci basamak sağlık çalışanlarının yaşlı ihmal ve istismarıyla ilgili bilgi, tutum ve davranışları' dır. Bu araştırmanın amacı; Sivas il merkezinde yer alan aile sağlığı merkezlerinde çalışan sağlık personelinin yaşlı ihmal ve istismarı hakkındaki bilgi ve tutum düzeylerinin ölçülmesidir.

Çalışmaya katılım gönüllülük esasına dayalıdır. Kararınızdan önce araştırma hakkında sizi bilgilendirmek istiyoruz. Bu bilgileri okuyup anladıktan sonra araştırmaya katılmak isterseniz formu imzalayınız.

Çalışma sırasında size dört bölüm ve toplam 40 sorudan oluşan anket formu uygulanacaktır. Birinci bölümde sosyodemografik özelliklerinizin (yaş, cinsiyet, medeni durum, meslek, meslek yılı, aynı evin içinde 65 yaş üstü birey bulunma durumu, çalışılan birime başvuran günlük hasta sayısı, çalışılan birime başvuran 65 yaş üstü hasta sayısı) sorgulandığı 8 soru bulunmaktadır. İkinci bölümde yaşlı ihmali ve istismarıyla karşılaşma ve konuyla ilgili eğitim durumunuzun sorgulandığı 6 soru, üçüncü bölümde yaşlı istismarı ve ihmali bilginizin sorgulandığı 12 soru ve dördüncü bölümde yaşlı istismarı ve ihmali tutum ve davranışlarınızın sorgulandığı 14 soru yer almaktadır. Anketin cevaplama süresi ortalama 15 dakika olarak hesaplanmıştır.

Bu araştırmada yer almanız için bir defa katılmanız yeterli olup, araştırmada yer alacak sizin gibi gönüllülerin sayısı aile sağlığı merkezlerinde görev yapan en az 196 sağlık çalışanıdır. Çalışma yaklaşık 1 yıl sürecektir.

Bu araştırma ile ilgili olarak sizden beklenen sorulara doğru cevap vermenizdir. Bu araştırmada sizin için herhangi bir risk ve zarar söz konusu değildir. Sizin için beklenen yararı Sivas il merkezinde yer alan aile sağlığı merkezlerinde çalışan sağlık personelinin istismar hakkındaki bilgi, tutum ve davranış düzeylerinin ölçülmesi, bunun bir yayın haline getirilmesi ve literatüre sunulmasıdır.

Araştırma sırasında sizi ilgilendirebilecek herhangi bir gelişme olduğunda, bu durum size veya yasal temsilcinize derhal bildirilecektir. Araştırma hakkında ek bilgiler almak için ya da müdahale ile ilgili herhangi bir sorun, istenmeyen etki ya da diğer rahatsızlıklarınız için numaralı telefondan araştırmacınız Elif Nur DUMAN'a başvurabilirsiniz.

Ayrıca bu araştırma için sizden veya bağlı bulunduğunuz sosyal güvenlik kuruluşundan hiçbir ücret istenmeyecektir. Bununla birlikte size bu araştırma ile ilgili herhangi bir ücret verilmeyecektir.

Bu araştırmada yer almak tamamen sizin isteğinize bağlıdır. Araştırmada yer almayı reddedebilirsiniz ya da herhangi bir aşamada araştırmadan ayrılabilirsiniz. Bu durum herhangi bir cezaya ya da sizin yararlarınıza engel duruma yol açmayacaktır. Araştırıcı bilginiz dâhilinde veya isteğiniz dışında, uygulanan tedavi şemasının

gereklerini yerine getirmemeniz, müdahale programını aksatmanız veya tedavinin etkinliğini artırmak vb. nedenlerle sizi araştırmadan çıkarabilir. Araştırmanın sonuçları bilimsel amaçla kullanılacaktır, müdahaleden çekilmeniz ya da araştırıcı tarafından çıkarılmanız durumunda, sizle ilgili tıbbi veriler de gerekirse bilimsel amaçla kullanılabilecektir.

Size ait tüm tıbbi ve kimlik bilgileriniz gizli tutulacaktır ve araştırma yayınlansa bile kimlik bilgileriniz verilmeyecektir, ancak araştırmanın izleyicileri, yoklama yapanlar, etik kurullar ve resmi makamlar gerektiğinde tıbbi bilgilerinize ulaşabilir. Siz de istediğinizde kendinize ait tıbbi bilgilere ulaşabilirsiniz.

**Çalışmaya Katılma Onayı:**

Yukarıda yer alan ve araştırmaya başlanmadan önce gönüllüye verilmesi gereken bilgileri okudum ve sözlü olarak dinledim. Aklıma gelen tüm soruları araştırıcıya sordum, yazılı ve sözlü olarak bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Çalışmaya katılmayı isteyip istemediğime karar vermem için bana yeterli zaman tanındı. Bu koşullar altında, bana ait tıbbi bilgilerin gözden geçirilmesi, transfer edilmesi ve işlenmesi konusunda araştırma yürütücüsüne yetki veriyor ve söz konusu araştırmaya ilişkin bana yapılan katılım davetini hiçbir zorlama ve baskı olmaksızın gönüllü olarak kabul ediyorum.

Bu formun imzalı bir kopyası bana verilecektir.

**Gönüllünün,**

Adı-Soyadı:

Adresi:

Tel.-Faks:

Tarih ve İmza:

**Açıklamaları yapan araştırmacının,**

Adı-Soyadı:

Görevi: Arş.Gör. Dr.

Adresi: Cumhuriyet Üniversitesi Halk Sağlığı Ana Bilim Dalı

Tel.-Faks:

Tarih ve İmza:

**Olur alma işlemine başından sonuna kadar tanıklık eden kuruluş görevlisinin/görüşme tanığının,**

Adı-Soyadı:

Görevi:

Adresi:

Tel.-Faks:

Tarih ve İmza: